



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

AMANDA PAULA IZIDRO BEZERRA

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
Uma análise das Unidades Básicas de Saúde em municípios paraibanos de pequeno
porte com base na avaliação externa do 1º Ciclo PMAQ-AB**

JOÃO PESSOA – PB

2015.

AMANDA PAULA IZIDRO BEZERRA

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Uma análise das Unidades Básicas de Saúde em municípios paraibanos de pequeno porte com base na avaliação externa do 1º Ciclo PMAQ-AB

Monografia apresentada a banca examinadora como requisito da disciplina de TCC para conclusão do curso de graduação de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba/UFPB em cumprimento às exigências para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública sob orientação do Prof. Dr. Marco Antônio de Castilhos Acco.

JOÃO PESSOA – PB

2015.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B574q Bezerra, Amanda Paula Izidro.

Qualidade dos serviços de saúde: uma análise das Unidades Básicas de Saúde em municípios paraibanos de pequeno porte com base na avaliação externa do 1º ciclo PMAQ-AB. / Amanda Paula Izidro Bezerra. – João Pessoa: UFPB, 2015.
97f.:il

Orientador(a): Profº. Drº. Marco Antônio de Castilhos Acco.
Monografia (Graduação em Tecnologia em Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Saúde pública no Brasil. 2. Qualidade dos serviços de saúde – avaliação – municípios pequenos. 3. Atenção básica – UBS. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU:35:614(043.2)

AMANDA PAULA IZIDRO BEZERRA

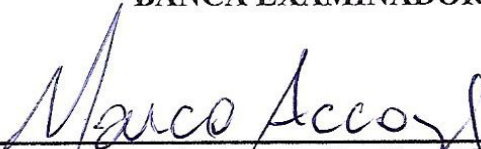
QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Uma análise das Unidades Básicas de Saúde em municípios paraibanos de pequeno porte com base na avaliação externa do 1º Ciclo PMAQ-AB

Monografia, Qualidade dos serviços de saúde: uma análise das Unidades Básicas de Saúde em municípios paraibanos de pequeno porte com base na Avaliação Externa do 1º Ciclo PMAQ-AB, apresentada por Amanda Paula Izidro Bezerra a banca examinadora para conclusão do curso de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba/UFPB para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

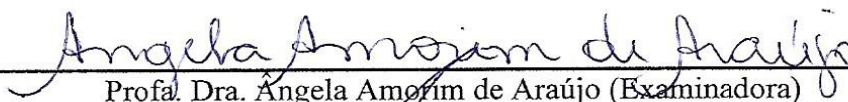
Monografia apresentada e aprovada em 25 / 11 / 2015

BANCA EXAMINADORA



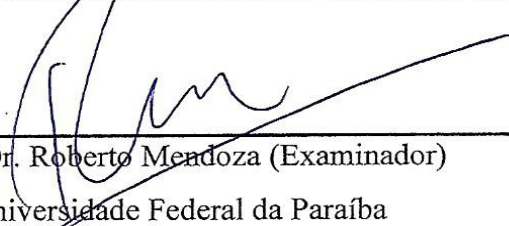
Prof. Dr. Marco Antônio de Castilhos Acco (Orientador)

Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dra. Ângela Amorim de Araújo (Examinadora)

Universidade Federal da Paraíba/Escola Técnica de Saúde



Prof. Dr. Roberto Mendoza (Examinador)

Universidade Federal da Paraíba

Ao meu noivo Hallyson Alberto por toda paciência, ajuda e apoio constante.

Aos meus pais, José Geraldo e Severina Izidro, e aos meus irmãos, José Alexssandro e Maria Ariane, pela paciência e compreensão para a execução deste trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marco Acco.

A todos que desejam uma saúde digna e com qualidade.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar sabedoria, por me abençoar e me presentear com a vida, bem precioso, me protegendo e guiando na longa estrada da vida.

Agradeço ao meu noivo, Hallyson Alberto de Lima e Silva, por estar ao meu lado, me incentivando, motivando, acreditando, torcendo por mim e por me ajudar na elaboração deste trabalho, com todo apoio, compreensão, estímulo, horas de dedicação e paciência.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Marco Antônio de Castilhos Acco, por toda sua orientação, dedicação, paciência, valorização do meu trabalho e por acreditar em mim para elaboração deste trabalho.

Agradeço pelo meu irmão, José Alexssandro Izidro Bezerra, pela paciência, compreensão, incentivo, apoio e ajuda.

Agradeço aos meus pais, José Geraldo Ideão Bizerra e Severina Izidro Bizerra, por toda compreensão, incentivo, ajuda, ensinamentos e por me ensinar que as coisas que queremos tem que vim por trás de todo esforço e que nunca tem que desistir de conseguir concretizar os sonhos.

Agradeço a minha irmã, Maria Ariane Izidro Bezerra, por todo incentivo, por acreditar em mim e no que eu posso conseguir fazer. Além, de ter toda paciência e compreensão nesse momento tão importante na vida de cada acadêmico.

Agradeço a todos os amigos da universidade e de outros lugares por acreditarem em mim e me incentivarem com palavras de sucesso, de esforço, apoio, motivação, força, fé e sabedoria.

Agradeço a todos os familiares que viram o tempo que passei dedicando a elaboração deste trabalho.

Agradeço aos professores do curso de Tecnologia em Gestão Pública por me proporcionarem todos os conhecimentos e ensinamentos que só vem contribuindo para o meu ensino-aprendizagem.

Agradeço a instituição, Universidade Federal da Paraíba, pela oportunidade de estudar.

“Quando você foge dos desafios você é recompensado apenas com desculpas e pesares; em contraste, porém, quando você confronta os seus desafios você é recompensado com sucesso e realizações”.

(Jack Leeman)

RESUMO

A Atenção Básica é a porta de entrada para serviços de saúde individual e coletiva como de prevenção, promoção e diagnóstico através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), instaladas próxima à população, garantindo acesso à saúde com qualidade. Assim, este trabalho surgiu com a indagação de como estão as condições de funcionamento das unidades, objetivando analisar as UBS de 08 municípios de pequeno porte I das 04 mesorregiões do estado da Paraíba baseado nos microdados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012, no intuito de diagnosticar e descrever as condições das unidades sobre infraestrutura, horário, estrutura física, recursos materiais e humanos, insumos, testes de diagnóstico e imunobiológicos. Realizou-se um estudo quanti-qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, com delineamento de pesquisa documental e bibliográfica, cujos dados foram analisados descritivamente mediante valores absolutos e respectivos percentuais. Os resultados apontaram ausências como presenças de deficiências e potencialidades nos condicionantes estruturais em mais de 50% das UBS. Conclui-se que mesmo com mudanças e avanços na saúde, ainda existem fragilidades nas unidades no tocante a acessibilidade à pessoas com necessidades especiais e idosos, infraestrutura, equipamentos de tecnologia da informação, testes de diagnóstico e quantidades de profissionais, fato que demonstra ser necessário sempre manter o controle, avaliação e melhoria da gestão das unidades, com identificação de problemas, para proporcionar locais de atendimento mais adequados com bons serviços de saúde, boas condições de trabalho e qualidade aos usuários e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública no Brasil. Atenção Básica. Qualidade dos serviços de saúde. PMAQ-AB. Avaliação da qualidade em saúde. Municípios pequenos. UBS.

ABSTRACT

The Primary Care is the gateway to individual and collective health services as prevention, promotion and diagnosis through the Basic Health Units (UBS), installed next to the population, ensuring health access with quality. So this work arose with the question of how are the working conditions of the units, aiming to analyze the UBS of 08 small portage cities I of the 04 mesoregions of the state of Paraíba based in the microdata from 1st External Evaluation Cycle of National Program of Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in 2012, in aim to diagnose and describe the conditions of the units on infrastructure, time, physical structure, material and human resources, supplies, diagnostic tests and immunobiologicals. It was accomplished one quantitative and qualitative study of descriptive and exploratory type, with documentary and bibliographical research design, whose data were analyzed descriptively through absolute values and respectivos percentuais. The results showed absences as presences of deficiencies and potentialities in structural conditions in more than 50% of UBS. It was concluded that even with changes and advances in health, there are still weaknesses in the units with respect to accessibility to people with special needs and elderly, infrastructure, information technology equipment, diagnostic tests and amounts of professionals, fact that proves to be necessary always maintain control, evaluation and improvement of the management units, identifying problems for to provide more appropriate places of attendances with good health services, good working conditions and quality to users and health professionals.

Keywords: Public health in Brazil. Primary Care. Quality of health services. PMAQ-AB. Health quality assessment. Small cities. UBS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Condicionantes de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde	18
Quadro 2 – Amostra de estudo	20
Quadro 3 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB	37
Quadro 4 – Módulos do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB	37
Quadro 5 – Mesorregiões e IDHM dos municípios de pequeno porte I selecionados	39
Quadro 6 – Tipo de estabelecimentos nos municípios de pequeno porte I selecionados	40
Quadro 7 – Certificação das equipes de saúde nos municípios selecionados	41
Quadro 8 – Disponibilidade de insumos da Atenção Básica das UBS selecionadas	56
Quadro 9 – Disponibilidade de testes de diagnóstico nas unidades de saúde em 2012	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência da infraestrutura nas UBS dos municípios selecionados em 2012	43
Tabela 2 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item infraestrutura em 2012	44
Tabela 3 – Distribuição da frequência da acessibilidade na área externa da entrada das UBS nos municípios selecionados em 2012	46
Tabela 4 – Distribuição da frequência da acessibilidade na área interna promovida pelas UBS a idosos e pessoas com deficiência em 2012	47
Tabela 5 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões da análise acessibilidade na área externa da entrada nas unidades em 2012	48
Tabela 6 – Distribuição da frequência das características estruturais e ambiência das UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012	49
Tabela 7 – Distribuição da frequência sobre condições da rede hidráulica nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012	50
Tabela 8 – Distribuição da frequência sobre a rede elétrica nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012	50
Tabela 9 – Distribuição da frequência sobre a rede sanitária nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012	51
Tabela 10 – Distribuição da frequência de equipamentos e materiais nas UBS em 2012	53
Tabela 11 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item equipamentos e materiais em 2012	54
Tabela 12 – Distribuição da frequência dos insumos da Atenção Básica nas UBS em 2012	55
Tabela 13 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item insumos da Atenção Básica em 2012	57
Tabela 14 – Distribuição da frequência de equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde em condições de uso nas UBS em 2012	58
Tabela 15 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item equipamentos de tecnologia em 2012	59
Tabela 16 – Distribuição da frequência de testes rápidos de diagnóstico nas UBS em 2012 ..	60

Tabela 17 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item testes rápidos de diagnóstico na unidade em 2012	62
Tabela 18 – Distribuição da frequência de imunobiológicos nas UBS em 2012	63
Tabela 19 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item imunobiológicos na unidade de saúde em 2012	64
Tabela 20 – Distribuição dos turnos de atendimento nas UBS em 2012	65
Tabela 21 – Distribuição da frequência dos serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das UBS dos municípios selecionados em 2012	65
Tabela 22 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise dos serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das UBS em 2012	66
Tabela 23 – Distribuição da frequência dos profissionais existentes nas UBS que compõem a (s) equipe (s) mínima (s) em 2012	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Avaliação Externa
AMAQ – Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ – Avaliação para Melhoria de Qualidade na Estratégia Saúde da Família
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Caixa de Aposentaria e Pensão
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CF – Constituição Federal
DAB – Departamento da Atenção Básica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IES – Instituição de Ensino Superior
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PRO-ADESS – Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SB – Saúde Bucal
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US – Unidade de Serviço

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Nota metodológica	17
1.1.1 Delineamento do estudo	17
1.1.2 Definição da amostra	19
1.1.3 Análise dos dados	20
1.1.4 Discussão dos dados	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Trajetória do serviço público de saúde no Brasil	22
2.1.1 Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família: direito à saúde	22
2.1.2 Atenção Básica à Saúde	26
2.1.3 Estabelecimentos de saúde: Unidades Básicas de Saúde	29
2.2 Estratégia para qualificação da assistência em saúde: avaliação	31
2.2.1 Qualidade e avaliação dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica	31
2.2.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	34
3 CONHECENDO OS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE I	39
4 RESULTADOS	42
4.1 Condições físicas das Unidades Básicas de Saúde	42
4.1.1 Infraestrutura da unidade de saúde	42
4.1.2 Acessibilidade na unidade de saúde	45
4.1.3 Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	49
4.2 Meios para trabalho das equipes de saúde e profissionais	52
4.2.1 Equipamentos e materiais da Atenção Básica	52
4.2.2 Insumos para Atenção Básica	54
4.2.3 Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde	57
4.3 Serviços e cuidado com a saúde dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde	60
4.3.1 Testes rápidos de diagnóstico na unidade de saúde	60
4.3.2 Imunobiológicos na unidade de saúde	62
4.4 Perfil das Unidades Básicas dos municípios	64
4.4.1 Horário de funcionamento da unidade de saúde	64
4.4.2 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica	67
5 DISCUSSÕES DOS DADOS	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A – Quantidade de ambientes nas UBS em 2012	87
APÊNDICE B – Quantidade de equipamentos e materiais da AB nas UBS em 2012	88
APÊNDICE C – Quantidade de profissionais das equipes mínimas nas UBS em 2012	89
APÊNDICE D – Quantidade de equipamentos de tecnologia nas UBS em 2012	89
ANEXO A – Itens e suas variáveis da Avaliação Externa PMAQ-AB 1º Ciclo 2012	90

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir do séc. XX, o acesso e o direito à saúde estavam disponíveis apenas aos trabalhadores de empresas e indústrias contribuintes da Previdência e seus dependentes, com assistência de caráter curativo em hospitais com modelo médico-assistencial privatista e tecnologias de alto custo (CRUZ; SANTOS, 2007). Além dessa baixa cobertura assistencial, havia a baixa qualidade dos serviços prestados, insatisfação e preocupação da população com o atendimento, entre outros (MARQUES, 2008), que culminaram, nas duas últimas décadas do séc. XX, em reformas política-institucionais (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Assim, surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) dirigido à construção de uma nova política de saúde democrática, orientada para a Atenção Primária à Saúde (APS) (MALIK; SCHIESARI, 1998), foco da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978 em Alma-Ata na antiga URSS, atual Cazaquistão (ROCHA BARBOSA, 2014).

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), consagrando princípios preconizados pelo movimento inclusive, a saúde como direito acessível a todo o cidadão, sem excluí-lo ou discriminá-lo. Os termos propostos por esta conferência resultaram, em linhas gerais, no texto promulgado pela nova Constituição Federal em 1988, concebendo direitos de cidadania, como direito à saúde, criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, para modificar o modelo tradicional com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação social. Para o aperfeiçoamento do sistema, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) no intuito de implementar a APS.

A APS, conhecida internacionalmente, é chamada de Atenção Básica (AB) no Brasil, sendo o primeiro nível de atenção do SUS para recuperar e prevenir a saúde individual e coletiva da sociedade, e o centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012 a). É a porta de entrada para atender às necessidades dos usuários, oferecer serviços básicos e prioritários, ampliar a saúde, o bem-estar e o acesso à todos (STARFIELD, 2002).

Os serviços da AB são ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do tipo Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Posto Avançado, entre outros, com equipes da Atenção Básica e/ou de Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2013 c), “instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham e estudam, desempenhando um papel central na garantia à

população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (BRASIL, 2012 a, p. 9). Conforme o *site* do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), as UBS são os lugares onde se pode receber atendimentos básicos em pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem e odontologia, as quais, oferecem serviços de consultas médicas, fornecimento de medicação básica, coleta de exames laboratoriais, curativos, vacinas, dentre outros.

Esses tipos de estabelecimentos vêm se expandindo por todo Brasil, totalizando, segundo o Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), 37.690 UBS distribuídas nos 5.511 municípios brasileiros. Enquanto que, a Paraíba, cenário de estudo deste trabalho, conta com uma rede de 1.568 UBS (PROTASIO et al., 2014). Tudo isso, para ampliar a oferta de Atenção Básica e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde aos cidadãos.

Dotar estas unidades de saúde com a infraestrutura necessária para que estejam em funcionamento e ofertem atendimentos e serviços é um grande desafio para o Brasil – “país [...] com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito” (BRASIL, 2012 a, p. 9). Dessa forma, todas as unidades precisam ser bem aparelhadas com ambiência e estruturas físicas acessíveis; equipamentos, insumos, recursos materiais e humanos; oferta de medicamentos, testes e imunobiológicos; entre outros.

E tudo isso, para que se possa, adequadamente e com qualificação, atender às necessidades da população, oferecer um lugar com boas condições de trabalho para os profissionais de saúde e um lugar apropriado para o recebimento e atendimento dos usuários, garantindo a satisfação de todos. Pois, o que se busca na saúde pública, sem distinção ou nacionalidade, são atendimentos humanizados para se ter vida saudável e mais duradoura que proporcionem bem estar físico, mental e social, longe de agravos.

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), conforme a Portaria nº 2.488 de 2011, preconiza a valorização de aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários e essenciais à realização das ações de AB, destacando uma lista de ambientes; equipamentos e materiais; composição e quantidade da equipe multiprofissional, entre outros (MOURA et al., 2010). Sob essa ótica, a PNAB define e cita responsabilidades comuns a todas as esferas de governo que é “garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2012 a, p. 27).

Na prática, a grande maioria da população demanda, carece e exige estabelecimentos e serviços públicos de saúde dignos, humanizados e com qualidade, pois, ainda há predominância de problemas não equacionados como falta de médicos, atendimentos, unidades de saúde, medicamentos, dentre outros, que vêm sendo evidenciados a medida que a Atenção Básica vem se fortalecendo em direção a reorientação dos serviços de saúde, e a Estratégia Saúde da Família

“vem se expandindo em grande velocidade desde 1994 e atualmente beneficia 94,8% dos municípios brasileiros” (ARAÚJO, 2013, p. 11) sob indução federal e sob gestão municipal.

No intuito de resolver problemas como estes e proporcionar o melhor para a população brasileira, surge a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar a organização dos serviços de saúde, assim como possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar da coletividade, focando na “criação de metodologias que impulsionem processos de Melhoria Contínua da Qualidade de Atenção” (ARAÚJO, 2013, p. 11), pois, a questão da gestão da qualidade tem assumido maior relevância na agenda dos gestores (BRASIL, 2012 b), em consonância com os anseios da população.

De fato, o que pode melhorar e adequar os serviços de saúde e as condições de trabalho para as equipes de saúde, são as práticas de avaliação voltadas para o gerenciamento de resultados, para solução de problemas eventuais e existentes, para a tomada de decisões e para o aperfeiçoamento das unidades individuais e da rede como um todo. Assim, “a incorporação de práticas avaliativas no cotidiano das instituições e serviços de saúde é uma necessidade que se mostra cada vez mais frequente nas políticas e programas do Ministério da Saúde” (ROCHA BARBOSA, 2014, p. 15).

Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação dos serviços de saúde e da Atenção Básica, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ), Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o mais atual, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 2011, é a estratégia primordial do Saúde Mais Perto de Você, indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, bem como da ampliação do acesso e da qualidade das ações de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica em saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, [2012 ou 2013]). O PMAQ-AB, subsidiou a elaboração do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) através da realização do 1º Censo das UBS dos municípios brasileiros, ao qual, avaliou-se a infraestrutura de mais de 30 mil unidades com objetivo de levantar informações para melhorar os serviços da AB.

Diante deste contexto, surge o seguinte questionamento: Como estão as condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, instaladas próxima à população para garantir serviços de saúde com qualidade e acessíveis a todos, por meio de uma Atenção Básica considerada a porta de entrada para prevenir a saúde individual e coletiva?

Na perspectiva abordada, o objetivo geral deste trabalho é analisar as condições gerais de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família em 08 municípios de pequeno porte I das 04 mesorregiões do estado da Paraíba a partir dos microdados da Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB em 2012, diagnosticando e descrevendo os condicionantes estruturais e de funcionamento para o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica nesses territórios.

Para atender tal objetivo, procurou-se identificar e apresentar as condições de funcionamento das UBS nesses 08 municípios, nos seguintes atributos:

condições físicas das unidades de saúde sobre infraestrutura, acessibilidade, características estruturais e ambiência;

os meios disponíveis em termos de equipamentos de Atenção Básica e de tecnologia e insumos para o trabalho das equipes de saúde;

a disponibilidade de testes de diagnóstico e imunobiológicos para o cuidado da saúde;

e traçar o perfil das unidades de saúde dos municípios selecionados sobre o horário de funcionamento, bem como a quantidade e identificação de profissionais das equipes.

Almeja-se com esses procedimentos contribuir para demonstrar como é fundamental estudar essa temática, destacando a importância de programas de avaliação, de controle e de qualificação em saúde como o PMAQ-AB, pois oferecem um diagnóstico situacional e real do cenário da saúde, que servem para tomada de decisão e aperfeiçoamento, bem como para a criação de políticas públicas.

A análise aqui desenvolvida consiste num estudo quanti-qualitativo de caráter descritivo, com delineamento de pesquisa documental e bibliográfica, combinada com a análise exploratória de dados secundários disponíveis no banco de dados produzido pelo Ministério da Saúde formado com base nas respostas de todas as equipes de saúde da Atenção Básica contratualizadas e de usuários, obtidas com a utilização do Instrumento de Avaliação Externa 1º Ciclo PMAQ-AB, em 2012 e início de 2013.

A definição do cenário de estudo ocorreu a partir da escolha de municípios paraibanos de pequeno porte I, tipificados pelo IBGE como municípios até 20 mil habitantes, que constituem quase 90% dos municípios paraibanos – 193 de 223 municípios conforme o Censo 2010 do IBGE. Para selecionar os municípios a serem analisados, adotamos alguns procedimentos, a começar pela definição de que seriam dois municípios em cada uma das 4 mesorregiões paraibanas. Além disso, selecionamos os municípios de um extrato desses municípios com condições semelhantes em cada mesorregião, de modo que apresentassem a mesma quantidade de unidades básicas com equipes de Saúde da Família; equipes

contratualizadas no PMAQ-AB; e a quantidade aproximada de habitantes, com o intuito de conhecer e entender a realidade da saúde nesses municípios com critérios equivalentes, fazendo a comparação entre os mesmos.

Para discutir acerca da temática o presente trabalho, esta Introdução, além dos objetivos e justificativa, apresenta uma nota metodológica na qual se detalham alguns aspectos metodológicos desta pesquisa. O capítulo 2 trata do referencial teórico, abordando a trajetória do serviço público de saúde no Brasil e a estratégia para qualificação da assistência em saúde. O capítulo 3 apresenta os municípios. O capítulo 4 aborda os resultados. O capítulo 5 trata das discussões. Enquanto que o último capítulo traz as considerações finais tecidas sobre o estudo.

1.1 Nota metodológica

1.1.1 Delineamento do estudo

O presente trabalho consiste num estudo de natureza quanti-qualitativa, de caráter descritivo e de análise exploratória de dados secundários, com delineamento de pesquisa documental e bibliográfica, feito por meio de fontes (artigos, dissertações, teses, monografias, legislações e manuais) disponíveis em busca na *Internet*, *sites* oficiais e biblioteca (virtual e presencial) objetivando conseguir embasamento teórico e científico para a exploração do tema. Ressaltando os principais *sites* aos quais se fez a busca de artigos e documentos oficiais tem-se: Portal da Saúde, Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS). A busca de trabalhos na *Internet* só foi possível utilizando palavras chaves como: avaliação e qualidade em saúde, PMAQ-AB, história da saúde pública brasileira, UBS; Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária.

Sua parte analítica está construída a partir da análise dos microdados¹ disponíveis no banco de dados produzido pelo Ministério da Saúde e obtidos com a utilização do *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você: Acesso e Qualidade*, provenientes do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

¹ Segundo o *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os microdados consistem no menor nível de desagregação dos dados de uma pesquisa, retratando, em códigos numéricos, o conteúdo dos questionários, guardados em arquivos acompanhados da documentação que fornece os nomes e os códigos das variáveis e suas categorias, a metodologia e o instrumento de coleta. Os microdados, neste trabalho, são as respostas das equipes de saúde da AB contratualizadas, obtidos pela Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB e divulgados no banco de dados do Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), podendo ser consultado por todos.

Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado no ano de 2012 e primeiro semestre de 2013, nos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal.

O instrumento da Avaliação Externa (AE), que representa a terceira fase do PMAQ-AB, está organizado em 04 módulos (Módulo I – UBS, Módulo II – EQUIPES, Módulo III – USUÁRIOS e Módulo IV – *ONLINE*) de acordo com o método de coleta das informações, contemplando componentes relacionados à estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas Unidade Básica de Saúde; à qualidade do vínculo de trabalho; ao investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio da gestão da Atenção Básica às equipes; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ao cidadão; à organização do cuidado com o usuário; à satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde de cada UBS avaliada, assim como a participação do mesmo (BRASIL, 2012 c).

Para cada módulo, segundo o 1º Ciclo do PMAQ-AB, foram definidas questões denominadas de variáveis, agrupadas em itens, com múltiplas respostas que representam o acesso e a qualidade dos serviços da Atenção Básica. Os módulos I, II e III, têm, respectivamente, 21, 39 e 19 itens. Neste trabalho, foram consideradas para obtenção da descrição da caracterização dos condicionantes de funcionamento das unidades de saúde 10 itens e suas variáveis do módulo I organizados conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Condicionantes de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde

Unidade de Análise	Características	Itens
GESTÃO	Condições físicas das Unidades Básicas de Saúde	Infraestrutura; acessibilidade; características estruturais e ambiência
	Meios para trabalho das equipes de saúde e profissionais	Equipamentos e materiais da Atenção Básica; equipamentos de tecnologia; insumos
	Cuidado com a saúde	Testes de diagnóstico; imunobiológicos
	Perfil das Unidades Básicas dos municípios	Horário de funcionamento; identificação da modalidade e profissionais

Fonte: Elaboração própria a partir das informações dos documentos Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ (2012), Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (2012) e Dicionário das Variáveis 1º Ciclo do PMAQ-AB (2013).

Os itens e variáveis em estudo (descritos com mais detalhes no ANEXO A) são considerados pelo documento *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ* como subdimensões da unidade de análise “Gestão” e apontados na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como no PMAQ-AB, como desafios e fatores impactantes na qualidade dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que o presente trabalho referencia-se com base em todos os documentos do PMAQ-AB do 1º Ciclo 2012, alguns documentos da AMAQ, a Política Nacional da Atenção

Básica e dois trabalhos acadêmicos intitulados *Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde* de Moura et al. (2010) e *Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo* de Rocha et al. (2012).

1.1.2 Definição da amostra

Segundo o Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), foi realizado, pela Avaliação Externa do PMAQ-AB, o 1º Censo Nacional das UBS para subsidiar o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, avaliando 37.690 unidades de saúde dos 5.511 municípios brasileiros, englobando tanto as que aderiram como as que não aderiram ao PMAQ, objetivando levantar informações para melhorar os serviços da Atenção Básica.

Devido a essa extensa avaliação, em nossa pesquisa privilegiamos a análise dos municípios do estado da Paraíba, organizado em 04 mesorregiões e 23 microrregiões² e com uma população de 3.766.834 habitantes³. A Avaliação Externa ocorreu durante maio a outubro de 2012 em todos os seus 223 municípios, totalizando 1.568 unidades de saúde, das quais apenas 622 unidades de saúde aderiram ao PMAQ-AB e 946 apenas participaram do censo da estrutura física (PROTASIO et al., 2014). Essa fase do PMAQ-AB na Paraíba foi realizada:

por pesquisadores/professores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que no estado compõem a rede colaborativa coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que também articula instituições nos estados de São Paulo, Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (CASTRO, 2014 apud PROTASIO et al., 2014, p. 211).

Dos 223 municípios paraibanos, definiu-se um cenário de estudo para municípios de pequeno porte I que apresentassem condições semelhantes em cada mesorregião com o intuito de conhecer e entender a realidade da saúde em municípios com critérios equivalentes. Assim, foram abordados critérios, a saber:

- ✓ Critério 1: Dos 223 municípios paraibanos, escolheu-se os de pequeno porte I (até 20.000 habitantes)⁴, conjunto que corresponde a 193 municípios paraibanos.

² Segundo o *site* do IBGE, a Paraíba está dividida em 04 mesorregiões (Sertão Paraibano, Borborema, Agreste Paraibano e Mata Paraibana) e em 23 microrregiões (Brejo Paraibano, Cajazeiras, Campina Grande, Cariri Ocidental, Cariri Oriental, Catolé do Rocha, Curimataú Ocidental, Curimataú Oriental, Esperança, Guarabira, Itabaiana, Itaporanga, João Pessoa, Litoral Norte, Litoral Sul, Patos, Piancó, Sapé, Seridó Ocidental Paraibano, Seridó Oriental Paraibano, Serra do Teixeira, Sousa e Umbuzeiro).

³ Conforme Censo 2010 do IBGE.

⁴ Conforme o Censo 2010 do IBGE e Norma Operacional Básica NOB/SUAS da PNAS/2004.

- ✓ Critério 2: Desses municípios de pequeno porte I selecionou-se os que tiveram equipes de saúde contratualizadas, isto é, avaliações aplicadas, tanto no módulo I quanto no módulo II e III do PMAQ-AB. Este subgrupo totalizou 137 municípios.
- ✓ Critério 3: Dentro do subgrupo de municípios indicados no critério 2, foram selecionados os municípios de pequeno porte I que apresentam até 02 unidades de saúde, totalizando 42 municípios.
- ✓ Critério 4: Complementando o critério 3, foram selecionados 02 municípios de pequeno porte I em cada uma das 04 mesorregiões que apresentam, equipe de Saúde da Família com saúde bucal e pela ordem de maior população.

Portanto, diante desses critérios, a amostra ficou definida no estudo de 08 municípios de pequeno porte I com 2 UBS cada, que tiveram suas equipes de Saúde da Família com saúde bucal avaliadas pelo programa, como mostra o Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Amostra de estudo

Município (1)	População (Censo 2010 IBGE) (2)	Mesorregião (2)	Qtd. equipe SF c/ saúde bucal (1)	Qtd. UBS (1)
Desterro	7.991	Sertão Paraibano	2	2
Nazarezinho	7.280	Sertão Paraibano	2	2
Camalaú	5.749	Borborema	2	2
Barra de São Miguel	5.611	Borborema	2	2
Caldas Brandão	5.637	Agreste Paraibano	2	2
Sertãozinho	4.395	Agreste Paraibano	2	2
Pedro Régis	5.765	Mata Paraibana	2	2
Capim	5.601	Mata Paraibana	2	2

Fonte: Elaboração própria.

(1) Informações retiradas do banco de dados do Portal do Departamento da Atenção Básica.

(2) Informações retiradas do *site* IBGE.

Para a identificação das unidades de saúde neste trabalho foi utilizada a mesma denominação feita pelo PMAQ-AB conhecido como “CÓDIGO-UBS”. Portanto, tem-se as unidades de saúde 02674 e 02675 de Desterro, 02882 e 02883 de Nazarezinho, 02577 e 02576 de Camalaú, 21518 e 02525 de Barra de São Miguel, 21903 e 02575 de Caldas Brandão, 03040 e 32211 de Sertãozinho, 02949 e 02950 de Pedro Régis, 02645 e 02646 de Capim.

1.1.3 Análise dos dados

Para estudo desses itens e variáveis a análise foi feita da seguinte maneira:

1. Do banco de dados com os microdados do 1º Ciclo do PMAQ-AB (2012) selecionou-se os dados de interesse desta pesquisa, escolhendo 10 itens e suas variáveis do módulo I, conforme itens indicados no Quadro 1 e variáveis citadas no ANEXO A.
2. Os dados foram transportados, analisados e organizados no software *Excel* 2013.
3. Utilizou-se a estatística descritiva: a distribuição absoluta e o percentual das respostas⁵.

As variáveis selecionadas tinham respostas representadas em:

1. Quantidade e não sabe/não respondeu;
2. Respostas com uma única alternativa entre as opções possíveis da questão, como: sempre disponíveis, às vezes disponíveis, nunca disponíveis;
3. Sim, não, não sabe/não respondeu, não se aplica.

Para este trabalho considerou as respostas “sim”, “não”, “não se aplica”, “quantidade” e “e resposta única”, todas analisadas conforme a estatística utilizada. Trabalhando com base no total de 16 UBS dos 08 municípios. Esse método só varia quando se quer fazer um comparativo entre os municípios e mesorregiões de forma geral, considerando o total das perguntas que sempre varia conforme os itens em estudo.

Para proporcionar uma melhor análise, transformou-se as respostas dadas em quantidade para respostas “sim” (que possuem) e “não” (que não possuem), por meio de um sistema binário (0 e 1). Dessa forma, considerou-se que aonde tiver o zero quer dizer que “não”, diferente de zero, independentemente da quantidade, quer dizer “sim”.

1.1.4 Discussão dos dados

A discussão dos dados será feita por meio da relação entre a análise dos dados e informações disponíveis em documentos oficiais e trabalhos feitos que indicam o padrão mínimo de qualidade para o bom funcionamento das Unidades Básicas de Saúde na prestação de serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

⁵ Este tipo de estatística foi utilizada por Protasio et al. (2014).

2.1 Trajetória do serviço público de saúde no Brasil

2.1.1 Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família: direito à saúde

No Brasil, a história da saúde pública retrata um setor que por muito tempo foi ineficaz, inadequado, sem qualidade e inacessível a todos os cidadãos, por estar caracterizado por diversos problemas financeiros, burocrático-administrativos, de cobertura, de corrupção, estruturais e políticos, e que ao longo do tempo passou por mudanças e transformações significativas, resultando no melhoramento do cenário e do acesso à saúde, ao mesmo tempo, na identificação destes e novos problemas. Para exemplificar tal situação, vale ressaltar, momentos significativos de como era esse setor a partir do século XX em diante.

Assim, Marques (2008) argumenta que a saúde até o início do século XX era disponível a uma pequena parcela da população, fazendo com que muitos não tivessem o acesso e o direito aos serviços de saúde. Segundo Souza (2002), os que tinham cobertura e assistência à saúde restringia apenas a população formal vinculada ao mercado de trabalho, com carteira assinada e associada à contribuição previdenciária, bem como aos seus dependentes, excluindo aquela que não tinha assistência previdenciária, principalmente das zonas rurais.

Vale ressaltar, que o sistema previdenciário surgiu a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) pela Lei Elói Chaves em 1923 para oferecer aos segurados (trabalhadores de grandes empresas marítimas e ferroviárias) medicina curativa, medicamentos, pensão aos dependentes, etc., sendo adotado parcialmente, na década de 30, pelo presidente Getúlio Vargas, aplicando a diversas categorias profissionais dos setores industriais e comerciais da população urbana (MARQUES, 2008).

No entanto, as CAP apresentavam serviços irregulares com pouca cobertura aos doentes mais graves. Assim, em 1933, surgiu os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) (MARQUES, 2008). *Posteriori*, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou com as IAP em 1966, passando a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SOUZA, 2002).

Fora isso, os serviços de saúde, prestados pelo Sistema Nacional de Saúde no período militar (1964 – 1984), estavam caracterizados pelo predomínio das instituições previdenciárias e pela mercantilização crescente da saúde, além de estarem voltados apenas para o combate a doenças e a morte, através de uma medicina curativa centrada na atenção médico-hospitalar de

complexidade crescente, que era incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (BRASIL, 2007 b).

Vale ressaltar, consoante o Portal da Saúde do Ministério da Saúde, que no início da década de 60 a desigualdade social provocada pela baixa renda e alta concentração de riquezas, teve destaque no discurso dos sanitaristas para o planejamento (global e em saúde) de metas de crescimento e melhorias no intuito de adequar os serviços de saúde pública à realidade da sociedade.

Em 1961, segundo o mesmo portal, foi formulado a Política Nacional de Saúde para redefinir a identidade do Ministério da Saúde⁶, o qual, o mesmo ficou responsável pela coordenação dessa política a partir da implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (BRASIL, 2007 b, p. 24).

Diante desses momentos, a partir de 1930, foram realizadas conferências de saúde, movimentos sanitaristas e sociais pela redemocratização do País e melhoria do cenário e das condições de saúde. A conferência mais importante e histórica na saúde brasileira, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁷ de 1986, que lançou e legitimou os princípios e a doutrina do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (BRASIL, 2007 b), ocorrido nos anos 70, que lutava contra a ditadura militar, pelo direito universal à saúde e pela democracia, destacando que o Estado deve se comprometer com a saúde da população (MARQUES, 2008).

Segundo o *site* Pense SUS da FIOCRUZ⁸ a expressão, Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, refere-se as ideias de mudanças e transformações necessárias para o setor saúde como um todo, e não apenas o sistema, buscando melhorias nas condições de vida da população. Sendo impulsionada, conforme Paim et al. (2011), pela sociedade civil organizada, intelectuais,

⁶ Segundo o Portal da Saúde, o Ministério da Saúde (MS) foi instituído no dia 25 de julho de 1953 com a Lei nº 1.920, o qual, desdobrou-se do Ministério da Educação e Saúde.

⁷ Ocorrida em Brasília entre os dias 17 e 21 de março de 1986.

⁸ Fundação Oswaldo Cruz.

alguns políticos⁹, profissionais da saúde e movimentos populares, e não pelo governo ou partidos políticos, na luta pela reestruturação do setor saúde.

O movimento tinha proposições dirigidas à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, descentralizada, hierarquizada, universal e unificada, propondo implantar uma rede de serviços orientada para a Atenção Primária à Saúde (APS) (MALIK; SCHIESARI, 1998), trazida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em 1978 em Alma-Ata, localizada no atual Cazaquistão (ROCHA BARBOSA, 2014), a qual, “foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica” e “inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais”, pois saúde é “um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos” (BRASIL, 2007 b, p. 26).

A 8ª CNS, que abordou as propostas dessa reforma, resultou num relatório final, elaborado em 1986, o qual traz uma ampla discussão sobre melhorias na saúde pública, abordando diversos temas, dentre eles a “Universalidade do direito à saúde” e a “Saúde como direito”. Uma vez que,

direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04).

Isso porque, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, a saúde é “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (LUNARDI, 1999, p. 27). Complementando, “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

A partir desse conjunto de referências foi promulgada, em 05 de outubro de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil (CF) que, no tocante à saúde, traz nos artigos 196-200 da Seção II, Capítulo II, Título VIII, informações sobre direito, sistema e conceito de saúde, incorporando novas dimensões na redefinição de prioridades da política de saúde pública. Exemplo disso, já no artigo 196, a CF estabelece que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado garantir, por meio de políticas econômicas e sociais, o acesso

⁹ Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca segundo o *site* Pense SUS da FIOCRUZ (<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>).

universal e igualitário de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011). Para isso, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de oferecer serviços aos cidadãos, baseados nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação social, também previsto na CF, em seu Art. 198. (BRASIL, 2007 b).

O SUS é uma política pública com duas décadas e meia de existência e um dos maiores sistemas de saúde do mundo, abrangendo atendimentos ambulatorial e complexos, cujo, funcionamento, direção, gestão e organização são detalhados pela Lei nº 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde (CAMPOS; HÉLIO 2014). O SUS, segundo o artigo 198 da CF de 88, é financiado com recursos orçamentários da seguridade social, União, Estados, Distrito Federal, Municípios e outras fontes, o qual, integra uma rede regionalizada e hierarquizada com ações e serviços públicos de saúde. Além disso, constitui um sistema único, com organização descentralizada em cada esfera de governo; integral, priorizando atividades preventivas; e com participação da comunidade (BRASIL, 2011) instituída pela Lei nº 8.142/1990 através de instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde (BRASIL, 2007 b).

A instituição do SUS tem efeitos imediatos na inclusão e atendimento aos usuários, tanto aos cadastrados no antigo INAMPS como aos não incluídos (atendidos, antigamente, apenas pelas entidades filantrópicas), que agora podem utilizar os serviços do sistema único. O SUS, ferramenta do movimento sanitário, é capaz de promover um modelo de atenção à saúde com qualidade de vida, atuando no sentido de acesso e humanização, permitindo um controle social saudável (BRASIL, 2007 a). Assim, em decorrência a sua implementação, em 2006, o SUS como forma de enfrentar os desafios no País construiu um Pacto pela Saúde, como segue:

na perspectiva de superar os desafios do sistema de saúde no Brasil, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de Saúde da população brasileira e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integrais nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2007 a, p. 47).

Desde a criação do SUS, houve uma melhora significativa no setor da saúde, que vai desde o perfil epidemiológico do País, até o acesso dos serviços de saúde à população. Porém, promover o acesso à saúde não é tarefa fácil, pois, ainda há predominância de diversos problemas, mencionados pelos usuários e gestores, na prestação de serviços como: falta de medicamentos, médicos qualificados, equipes de saúde, hospitais e postos adequados; problemas no processo, de estrutura, de condições físicas, entre outros (BRASIL, 2003). Para a resolutividade de tais problemas, o Estado tem o dever de fomentar um SUS organizado com

descentralização de competências, universalização de serviços e participação da comunidade com abrangência municipalizada, discutindo a implementação de estratégias (BRASIL, 2007 a) para a melhoria do sistema de saúde.

Pensando em tudo isso, que vêm chamando a atenção de todos os atores envolvidos, exigindo mais prioridade e mudanças no tocante à ofertar assistência básica de saúde adequada e melhores serviços públicos a toda população brasileira, diversas políticas públicas e programas vêm sendo implantados e implementados, tanto com a participação dos governos nas três esferas federativas, como também com a participação dos cidadãos.

Um dos programas, que merece destaque é o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, para organizar o sistema, melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, baseado nas metas e ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação mediante os princípios e diretrizes do SUS (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). A princípio, formulado para uma parte da população excluída do acesso aos serviços, o PSF, em 1997, passou a ser conceituado como estratégia para reorganizar as práticas assistenciais de APS, reorientar e substituir o modelo de atenção tradicional por um modelo mais próximo do indivíduo, família e comunidade (OLIVEIRA, 2006). Desde 1999, é considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF) para tornar a APS como acesso privilegiado e reestruturar o modelo de atenção (PROTASIO, 2014).

Ao longo dos anos da sua implantação, o PSF, modelo de assistência, vem se constituindo em estratégia fundamental no nível de atenção primária ou atenção básica, sendo composto por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que prestam assistência a mais de 80 milhões de pessoas dos municípios brasileiros (SOUSA; HAMMAN, 2009), os quais, vêm efetuando, de forma continuada, as ações de prevenção. Sobre a mesma ótica, Oliveira, Gonçalves e Pires (2011), dizem que o PSF caracteriza-se como uma alternativa estratégica para dar cobertura assistencial de forma ampla na prestação de Atenção Básica. Mas, o que significa Atenção Básica? Atenção Básica é a mesma coisa que Atenção Primária à Saúde?

2.1.2 Atenção Básica à Saúde

É relevante perceber que a Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo utilizada como plataforma para o reforço do sistema de saúde em vários países de média e baixa renda, que têm sido bem sucedidos na expansão da cobertura de serviços preventivos e curativos, e no compromisso com o acesso aos serviços de saúde (PROTASIO, 2014). O Brasil, é um desses

países que aderiu a APS, só que adotando a terminologia Atenção Básica (AB) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo o primeiro nível de atenção do SUS (ROCHA BARBOSA, 2014), pois a APS “suruiu para organizar o modelo de assistência oferecido aos cidadãos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde” (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011, p. 19).

O Ministério da Saúde (MS), em 2003, deixou bem claro, ao elaborar o documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica à Saúde, que a denominação de AB corresponde ao que se chama, na literatura internacional, de APS, ressaltando que a designação tem relação com a construção de uma identidade institucional própria (PROTASIO, 2014).

Na década de 1990 ocorreram importantes mudanças na Política Nacional de Atenção à Saúde, que contribuíram para o rompimento dos modelos tradicionais de saúde no Brasil e em seus estados e municípios, como assistência sanitária, campanhista e médico-privatista (PROTASIO, 2014). Para romper com esses modelos e promover o acesso universal, buscou-se organizar a ABS conforme a territorialidade, ao perfil epidemiológico e demográfico das áreas de atuação, planejando e implementando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde universal, humanizada e de qualidade (CRUZ; SANTOS, 2007).

Esse tipo de atenção caracteriza-se pela abrangência de prevenir os agravos, diagnosticar, tratar, reduzir danos e fazer a manutenção da saúde individual e coletiva da sociedade, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas de territórios definidos com práticas de cuidado e gestão como democráticas e participativas do trabalho em equipe com responsabilidade sanitária, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e necessidade de saúde (BRASIL, 2012 b).

A ABS em todos os estados brasileiros, inclusive na Paraíba, vem se fortalecendo gradativamente por meio do aumento da cobertura das equipes da ESF sob indução federal (PROTASIO, 2014). Na Paraíba e no Brasil, observa-se um aumento significativo desde o ano de 1998 até os dias atuais.

Consoante o Portal do Departamento de Atenção Básica, no tocante ao histórico de cobertura da Saúde da Família com competências por unidade geográfica, a Paraíba, em julho de 1998, com uma população total de 3.331.673 hab.¹⁰ apresentava 02 municípios com equipe de Saúde da Família, 07 equipes credenciadas pelo MS, cadastradas no sistema e implementadas, sem equipe de Saúde Bucal. Isto representa uma estimativa da população coberta de 24.150 hab., uma proporção de cobertura populacional estimada em 0,72%. Enquanto que, em maio de 2015, já com uma população total de 3.815.171 hab., o estado

¹⁰ Habitantes.

paraibano tinha 222 municípios com 1.601 equipes credenciadas, 1.368 cadastradas e 1.319 implementadas, representando uma estimativa da população coberta em 3.555.697 hab. com uma proporção de cobertura populacional estimada em 93,20%. Nesse mesmo período 221 municípios tinham na modalidade I, 1.508, e na modalidade II, 20, equipes de Saúde Bucal credenciadas pelo Ministério da Saúde.

Segundo o mesmo portal, o Brasil, em julho de 1998, com uma população total de 159.636.413 hab., tinha apenas 739 municípios com equipes de Saúde da Família totalizando 2.195 equipes credenciadas, 2.054 cadastradas e implantadas, significando uma estimativa da população coberta de 7.023.844 hab., uma cobertura populacional de apenas 4,40%. Nesse período o Brasil não contava com equipes de Saúde Bucal (SB). Enquanto que, em maio de 2015, o País com uma população de 193.976.530 hab. apresentava 5.423 municípios com 48.191 equipes credenciadas, 39.996 cadastradas e 39.125 implementadas, com uma população coberta em 120.940.922 hab., cobertura populacional estimada em 62,32%. Nesse mesmo período 4.978 municípios tinham na modalidade I, 29.541, e na modalidade II, 3.860, equipes de Saúde Bucal credenciadas pelo Ministério da Saúde.

Essa expansão contribuiu para a extensão da rede básica de serviços sob gestão municipal e para a ampliação do acesso à AB, além de evidenciar problemas do SUS não equacionados, pois esse modelo de atenção exige recursos, profissionais capacitados e um sistema de referências para níveis de complexidade, devendo ser uma dimensão a ser valorizada (PROTASIO, 2014). Segundo o mesmo autor, a valorização, na agenda federal, tem uma repercussão institucional a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que foi reformulada, em 2011 com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, devido à necessidade de revisar e adequar as normas ao período contemporâneo do desenvolvimento da AB no Brasil, incluindo a AB como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida.

A nova PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica; para a ESF, que continua sendo a estratégia prioritária para a ABS; e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012 a). Além disso, diante informações retiradas do Portal do Departamento de Atenção Básica, a PNAB atualiza conceitos na política; introduz fatores ligados ao papel desejado da AB para ordenação das redes de atenção; avança no reconhecimento de um leque maior de equipes para as diferentes populações e realidades sociais; inclui equipes de Atenção Básica para a população de rua; simplifica e facilita condições para criar unidades de saúde fluviais para as populações ribeirinhas; preconiza uma atenção capaz de responder, próximo às casas das pessoas, à maioria das necessidades de saúde com agilidade e qualidade de forma acolhedora e humanizada.

Segundo a PNAB, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012 a). “A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção” (TEIXEIRA, 2011, p. 3).

A AB é, portanto, a principal porta de entrada, sendo o lugar de primeiro contato e atendimento às necessidades dos usuários com o sistema de saúde oferecendo serviços básicos e prioritários para ampliar a saúde, o bem-estar e o acesso de todos universalmente, além de formar a base e determinar as atividades dos outros níveis dos sistemas de saúde (secundário e terciário) (STARFIELD, 2002). “A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar” (STARFIELD, 2002, p. 28).

De acordo com o Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), a Atenção Básica é o nível inicial de atenção em saúde que reúne um conjunto de ações voltadas tanto para o âmbito individual como coletivo, abrangendo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o intuito de impactar positivamente na situação de saúde da coletividade e desenvolver a atenção integral. Pois, a Atenção Básica promove o nível primário que é:

aquele onde estão os equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica [...] tais como aparelhos básicos de raios X, sonar e eventualmente ultrassom. A capacitação de pessoal para este nível apresenta necessidades de uma formação geral e abrangente para atender os eventos mais prevalentes na população (os problemas de saúde mais frequentes) e no caso dos médicos são os médicos de família e os clínicos gerais. Estima-se que entre 85% a 90% dos casos demandados à atenção primária são passíveis de serem resolvidos neste nível da atenção (ELIAS, 2011, p. 3).

Daí pergunta-se: aonde são oferecidos atendimentos de Atenção Básica à Saúde?

2.1.3 Estabelecimentos de saúde: Unidades Básicas de Saúde

“No Brasil, a Atenção Básica busca a descentralização e a capilaridade da atenção em saúde, ocorrendo nos locais próximos e/ou cotidianos da população” (BRASIL, 2015 a, p. 11). Assim, existem diversos estabelecimentos de saúde que proporcionam serviços de atenção primária, secundária e terciária, assim como atendimentos ambulatorial e complexos aos

usuários. “As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e suas variações (postos de saúde, policlínicas, postos avançados de saúde, etc.) são os locais prioritários de lotação e atuação das equipes de Atenção Básica” (BRASIL, 2015 a, p. 11).

As UBS desempenham um papel central na garantia do acesso a uma Atenção Básica de Saúde com qualidade à população. Para isso, são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL, 2012 a), sendo a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O Portal do DAB descreve que essas unidades são o local prioritário de atuação e trabalho de referência das equipes de AB, bem como das equipes de SF, localizadas em território determinado, podendo acomodar mais de uma equipe. Além disso, as unidades desenvolvem uma ABS com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, deixando sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas.

Este tipo de estabelecimento está se expandindo por todo Brasil para ampliar a oferta de Atenção Básica e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, totalizando, conforme o Portal do DAB, 37.690 UBS nos 5.511 municípios brasileiros a partir de informações do 1º Censo das UBS feito pelo PMAQ-AB em 2012. Na Paraíba, cenário de estudo deste trabalho, há uma rede de 1.568 UBS (PROTASIO et al., 2014).

Conforme o *site* do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), as Unidades Básicas de Saúde são os lugares onde se pode receber atendimentos básicos em pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem e odontologia, as quais, oferecem serviços de consultas médicas, fornecimento de medicação básica, coleta de exames laboratoriais, curativos, vacinas, dentre outros.

Para que estas unidades de saúde garantam o acesso à população, são necessárias organização e infraestrutura adequadas; estrutura física acessível à população; espaço físico adequado, acolhedor e humano; tudo isso orientados pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, equidade e participação social para uma Atenção Básica acolhedora e resolutiva (BRASIL, 2015 a).

Fora isto, as UBS têm que estarem dotadas com disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos suficientes e indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB, assim como para o atendimento dos usuários (BRASIL, 2015 b). Contudo, isso é um desafio para o Brasil,

[...] país [...] com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito [...]. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País (BRASIL, 2012 a, p. 9).

Para melhorar o potencial desta rede, segundo o Portal do DAB, o Governo Federal, em parceria com estados e municípios, desenvolveu o Programa de Qualificação da Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS, uma das estratégias do MS e instituído em 2011, para estruturar e fortalecer a Atenção Básica através de Unidades Básicas de Saúde com estruturas físicas acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, criando incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de unidades, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

2.2 Estratégia para qualificação da assistência em saúde: avaliação

2.2.1 Qualidade e avaliação dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica

A qualidade da atenção à saúde interessava apenas a pequenos grupos de médicos. Porém, somente a partir dos estudos de Avedis Donabedian, foi desenvolvido conceitual e metodologicamente a *Quality Assurance* (garantia de qualidade), difundindo-se em muitos países com o apoio da OMS. Consequentemente, outros métodos foram desenhados para explicar a qualidade em saúde (SERAPIONI, 2009). Mas, segundo Reis et al. (1990, grifo nosso), nas últimas duas décadas, os estudos acerca da temática “qualidade dos serviços de saúde” vem se baseando nas propostas feitas por Donabedian, o qual, o mesmo sistematizou a qualidade de atenção médica em três pilares: estrutura, processo e resultado.

Ao longo do tempo, percebe-se que a busca pela qualidade dos serviços de saúde, prestados pelos hospitais, postos de saúde, unidades de saúde, dentre outros em consonância com os profissionais de saúde, está cada vez mais evidente por diversos atores tanto por parte dos usuários como dos profissionais de saúde, gestores públicos e órgãos públicos no tocante a diversas variáveis estruturais, processuais e de resultados.

Todos os atores almejam serviços de saúde prestados em estabelecimentos com estrutura física, infraestrutura e ambiência adequadas nas unidades de saúde; disponibilidade de recursos humanos e materiais; distribuição de medicamentos; mais médicos qualificados, dentre outros. No intuito de garantir bons atendimentos dignos e humanizados. Tais exigências correspondem às características mais estáveis da assistência de saúde, propostas por Danabedian no conceito

do pilar *estrutura*¹¹ (MALIK e SCHIESARI, 1998; REIS et al., 1990). “Em termos de tendências – estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade” (MALIK e SCHIESARI, 1998, p. 25). A qualidade implica proporcionar ao usuário o serviço desejado e atender às suas necessidades (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Os usuários/clientes estão mais exigentes e menos tolerantes quando o assunto é ter bons atendimentos e serviços de saúde, exigindo além do acesso a médicos, procedimentos e exames imediatos (SAVASSI, 2012), unidades de saúde com estruturas adequadas necessárias para o funcionamento, por exemplo, de um consultório e condições de higiene.

Os profissionais de saúde exigem melhores condições de trabalho que favoreçam além do bom trabalho profissional, bons serviços e atendimentos de saúde com qualidade. Serapione e Silva (2011, p. 4319) descrevem em seu artigo acadêmico que os profissionais de saúde apontam “dificuldades de trabalho dentro de uma estrutura não sempre adequada às necessidades do serviço e nem sempre dotada de um equipamento mínimo”. Segundo os mesmos autores,

muitos profissionais apontam, também, a estrutura física como um dos elementos definidores de qualidade. Segundo os mesmos, para que as equipes [...] desempenhem suas funções de maneira eficiente é necessário que exista “um ambiente físico adequado, que propicie a realização das atividades com conforto e privacidade”, atendendo, dessa forma, “tanto as necessidades dos profissionais quanto as dos usuários” (SERAPIONE; SILVA, 2011, p. 4321, grifo do autor).

Os gestores e gerentes ressaltam que é importante ter profissionais dedicados e envolvidos com os problemas da comunidade, assim como é fundamental que os profissionais disponibilizem mais atenção aos pacientes, pois isso dimensiona a qualidade do atendimento e estabelece a relação de confiança entre profissional e usuário (SERAPIONE; SILVA, 2011, p. 4321). Mas, outro ponto fundamental e crucial que os gestores estão focando na agenda é, também, a organização da estrutura das unidades de saúde que promovem atendimentos mais confiáveis e adequados. Assim,

outro ponto que, segundo os gestores e gerentes [...], necessita de implementação é a estrutura física [...], a existência de um espaço físico “aconchegante” (“um local onde a comunidade se sentisse como se estivesse em casa”) e de uma “infraestrutura adequada” promoveria o bom andamento das ações na Unidade de Saúde, possibilitando assim que o atendimento seja definido de qualidade (SERAPIONE; SILVA, 2011, p. 4321, grifo do autor).

¹¹ A estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; estrutura física e disponibilidade de equipamentos; capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços; profissionais qualificados, etc., de acordo com o *site* Saúde e Cidadania e MALIK e SCHIESARI (1998).

A gestão da qualidade em saúde é um dos principais desafios do gestor brasileiro, dessa forma, para mensurar a qualidade, diversos estudos vêm aumentando tanto por parte de acadêmicos, pesquisadores como profissionais de saúde e órgãos. O Brasil, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde, iniciou sua pesquisa de qualidade em 2001, apresentando em 2003 a primeira metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) que vem sendo aperfeiçoado de 2003 até 2011; logo em seguida, o MS, em 2012, publicou uma nova forma de avaliação do sistema brasileiro, o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) para evidenciar a qualidade do sistema pelo acesso e efetividade (CHIMARA; SILVA, 2014).

“Qualquer discussão sobre qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. Pode-se dizer que avaliação serve basicamente para conhecer o objeto e para aprimorá-lo” (MALIK; SCHIESARI, 1998, p. 1). O objeto pode ser um programa, um serviço, um tipo de atenção, unidades de saúde, uma área, etc. Dependendo do que se quer avaliar, julgar, analisar ou, simplesmente, investigar para recolher informações e delas tomar decisões; avaliar se está bom, adequado, correto, incorreto, se está sendo realizado com eficiência e eficácia; analisar os resultados esperados, e outros objetivos. Pois, avaliação implica em estabelecer um julgamento e atribuir valor a algo, que sendo positivo, indica qualidade (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde é um dos objetos que está sendo avaliado a qualidade e a melhoria do acesso, promovida junto às Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família do SUS que, como vimos, vêm se expandindo e se fortalecendo ao longo dos anos. Isso porque, até bem pouco tempo atrás, a qualidade do atendimento de serviços de atenção primária não era prioridade.

Assim, com o intuito de reverter este cenário, foi lançado a partir de 1989 um programa de promoção da avaliação da qualidade da atenção primária, visando sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde a desenvolver métodos e competências de avaliações da qualidade (SERAPIONE; SILVA, 2011). Fora isso, a reformulação dos sistemas nacionais e internacionais de saúde, nas últimas décadas, fez com que a qualidade da APS se tornasse relevante e prioritária, fazendo-se necessária a incorporação de uma “cultura de avaliação” nos sistemas de saúde (PROTASIO, 2014, grifo nosso). Pois,

um sistema de atenção primária de qualidade é capaz de reduzir ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória (STARFIELD, 2002 apud PROTASIO, 2014, p. 33 – 34).

Nesse cenário de fortalecimento em direção a reorientação dos serviços de saúde foi preciso maximizar a conscientização dos tomadores de decisão e responsáveis pelo cuidado à saúde, além de manter movimentos crescentes de políticas que envolvam diversos segmentos da sociedade, tornando-se evidente a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização dos serviços e os impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (PROTASIO, 2014).

A qualidade na Atenção Primária à Saúde tem sido um requisito bastante enfatizado atualmente em vários países e isso significa existir uma otimização no atendimento das necessidades de saúde pelos serviços, frente ao conhecimento da atualidade em relação à distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

Assim, na saúde há iniciativas voltadas para a requalificação da Atenção Básica como a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o mais recente Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (SAVASSI, 2012).

No intuito de melhorar a qualidade do atendimento e a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, o governo federal criou em 2011 o PMAQ-AB (PROTASIO et al., 2014). O PMAQ-AB tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na APS, propondo induzir e avaliar papéis e ações da AB na pretensão de ser uma estratégia que sintetiza o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde e, a criação de condições concretas para que se garanta e coordene a continuidade do cuidado priorizado nas redes (PROTASIO, 2014).

2.2.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Instituído pela *Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011*, o PMAQ-AB foi um produto de um processo de negociação por meio das três esferas de gestão do SUS, onde o MS e os gestores municipais e estaduais debateram e formularam soluções viabilizadoras para desenhar o programa no intuito de permitir e induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil e como foco principal (BRASIL, 2012 b).

Conforme o *Manual Instrutivo Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012*, o objetivo geral do programa propõe “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente”, permitindo “maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2012 b, p. 7 – 8). Para responder a este objetivo, há uma estratégia específica a ser seguida por meio de objetivos específicos, conforme abaixo:

- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012 b, p. 8).

Segundo o seu manual, o PMAQ pretende enfrentar uma gama de desafios como objetivo de montar uma estrutura de qualidade no atendimento a Atenção Básica. Dentre eles, a estrutura física merece destaque como foco deste trabalho e seus componentes aparecem encabeçando a lista de desafios, como pode ser visto abaixo:

- I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;
- II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho [...] (BRASIL, 2012 b, p. 9).

Para isso, o PMAQ está organizado em quatro fases que complementam-se, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, sendo composto por: Adesão e Contratualização/Recontratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa, e Recontratualização (BRASIL, 2012 b).

A primeira fase consiste na etapa formal, a qual, as equipes da AB, os gestores municipais e o Ministério da Saúde fazem adesão voluntariamente ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados, envolvendo pactuação local, regional e estadual, assim como o controle social. Contudo, as adesões inicialmente pressupõem a pactuação entre equipes e gestores, em seguida os municípios formalizam a adesão com o MS, onde o mesmo irá homologar a adesão, para que o município possa receber por equipe de Atenção Básica participante, mensalmente, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) (BRASIL, 2012 b).

A segunda fase, de desenvolvimento do programa, engloba o conjunto de ações empreendidas pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, para promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado para melhorar o acesso e a qualidade da AB. Para isso, essa fase se organiza em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação permanente, e Apoio institucional (BRASIL, 2012 b). Destacando a primeira dimensão, no âmbito do programa,

recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, configurando-se, assim, como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas. Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Considerando tudo isso, o DAB oferecerá um instrumento autoavaliativo – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) – construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente (BRASIL, 2012 b, p. 38 – 39).

Os processos autoavaliativos, “comprometidos com a melhoria contínua da qualidade”, “devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los” (BRASIL, 2012 e, p. 13), podendo potencializar as fases de desenvolvimento do PMAQ-AB. Esses processos na Atenção Básica devem ser contínuos e permanentes, sendo uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e profissionais das equipes para verificar a realidade da saúde local e identificar tanto as fragilidades como as potencialidades do sistema de saúde e, com isso realizar planejamentos para a melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012 e).

Segundo Rocha Barbosa (2014) a metodologia de avaliação do PMAQ realiza autoavaliações para a elaboração de um diagnóstico sobre organização e funcionamento dos

serviços e das práticas de saúde, utilizando como ferramenta o instrumento autoavaliativo norteador para a avaliação externa, a *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)*, pois esta, é composta por unidades de análise para a gestão e equipes da AB representadas em dimensões e subdimensões mencionadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e implementação da AB no município; organização e integração da RAS; gestão do trabalho e participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	Apoio institucional; educação permanente, e gestão do monitoramento e avaliação.
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos e insumos, imunobiológicos e medicamentos.
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	Organização do processo de trabalho; atenção integral à saúde, e participação, controle social e satisfação do usuário.

Fonte: AMAQ-AB.

A terceira fase trata da Avaliação Externa que averiguará as condições de acesso e qualidade de municípios e equipes da AB participantes do programa mediante um conjunto de ações. Para a realização dessa fase, tem-se o instrumento de coleta de dados, *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade do PMAQ 1º Ciclo 2012*, dividido em 04 módulos (descritos no Quadro 4 abaixo), que será aplicado pelos avaliadores oriundos da parceria com Instituições de Ensino Superior (IES).

Quadro 4 – Módulos do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB

Módulos	Descrição
Módulo I – UBS	Corresponde ao 1º Censo Nacional e observação das Unidades Básicas de Saúde, para avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos.
Módulo II – EQUIPES	Corresponde à entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica na Unidade Básica de Saúde, para obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado com o usuário, além de verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador.
Módulo III – USUÁRIOS	Corresponde à entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, para verificar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e utilização.
Módulo IV – ON LINE	Corresponde ao conjunto de informações complementares aos módulos I, II e III, que devem ser respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB).

Fonte: Elaboração própria a partir de informações retiradas dos documentos Notas Técnicas Avaliação Externa do PMAQ 1º Ciclo – 2011/2012 e Documento Síntese para Avaliação Externa (2012).

Enquanto que, a quarta fase diz respeito ao processo de recontratualização das equipes de AB após a certificação e avaliação de desempenho de cada equipe, abordando uma nova contratualização de indicadores e compromissos que complete o ciclo de qualidade proposto pelo programa (BRASIL, 2012 b).

O programa está inserido num contexto no qual o Governo Federal se compromete a desenvolver ações destinadas a melhoria do acesso e da qualidade no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012 b). “Dentre essas ações, pode-se destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que avalia os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da Atenção Básica” (PRTASIO, 2014, p. 41). Tal avaliação deve ser realizada baseada numa ferramenta composta por um conjunto de padrões e declarações esperadas quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica (BRASIL, 2012 b).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é o modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde mais atual, nos três níveis de governo, capaz de mensurar os possíveis efeitos da política de saúde; subsidiar a tomada de decisão; garantir a transparência dos processos de gestão do SUS; possibilitar a visibilidade dos resultados alcançados; fortalecer o controle social, e fortalecer o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012 b). Pois, o “Ministério da Saúde vem priorizando a execução da gestão pública através de ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados” (BRASIL, 2012 b, p. 6). Esse contexto explica e exemplifica a importância de programas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

3 CONHECENDO OS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE I

Os 08 municípios do estado da Paraíba selecionados para estudo têm condições demográficas semelhantes e integram o mesmo tipo de porte populacional. Vale ressaltar que os tipos de porte populacional, conforme o documento *Norma Operacional Básica NOB/SUAS da PNAS/2004* são classificados em: (1) pequeno porte I – até 20.000 habitantes; (2) pequeno porte II – de 20.001 até 50.000 habitantes; (3) médio porte – de 50.001 até 100.000 habitantes; (4) grande porte – de 100.001 até 900.000 habitantes; e metrópole – mais de 900.000 habitantes. Os municípios em estudo são, portanto, do tipo pequeno porte I como mostra o Quadro 2.

Todos esses municípios paraibanos selecionados são municípios que representam as 04 mesorregiões, os quais, apresentam o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) baixo e médio segundo o Atlas Brasil 2013 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) ¹² ditado pelo IDHM 2010 (como observado no Quadro 5 abaixo).

Quadro 5 – Mesorregiões e IDHM dos municípios de pequeno porte I selecionados

Município	Mesorregião	IDHM (PNUD 2010)	Nível do índice
Desterro	Sertão Paraibano	0,580	Baixo (1)
Nazarezinho	Sertão Paraibano	0,562	Baixo (1)
Camalaú	Borborema	0,567	Baixo (1)
Barra de São Miguel	Borborema	0,572	Baixo (1)
Caldas Brandão	Agreste Paraibano	0,568	Baixo (1)
Sertãozinho	Agreste Paraibano	0,621	Médio (2)
Pedro Régis	Mata Paraibana	0,542	Baixo (1)
Capim	Mata Paraibana	0,533	Baixo (1)

Fonte: Elaboração própria.

(1) entre 0,5 e 0,599.

(2) entre 0,6 e 0,699.

“O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde –, ter acesso ao conhecimento – educação, e poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda” (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO, 2013, p. 25).

O requisito *oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (longevidade)* se torna fundamental para se ter uma vida plena com padrão mais alto possível de saúde física e mental,

¹² Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>.

para isso, a promoção do desenvolvimento humano requer que as oportunidades sejam ampliadas para que as pessoas possam evitar a morte prematura, garantindo a elas um ambiente saudável com acesso aos serviços de saúde de qualidade (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO, 2013, grifo nosso).

Em relação ao cenário da saúde pública, cada município selecionado, de acordo com o Censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012, é caracterizado por apresentar dois estabelecimentos de saúde do SUS, dos tipos Posto de Saúde, Centro de Saúde e Unidade de Saúde Básica como mostra a Quadro 6 a seguir. Em cada UBS tem uma equipe mínima de saúde da modalidade equipe de Saúde da Família (SF) com equipe de Saúde Bucal (SB), compostas por vários profissionais de saúde.

Quadro 6 – Tipo de estabelecimentos nos municípios de pequeno porte I selecionados

Município	Tipo de estabelecimento
Desterro	Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Nazarezinho	Posto de Saúde e Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Camalaú	Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Barra de São Miguel	Posto de Saúde e Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Caldas Brandão	Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Sertãozinho	Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Pedro Régis	Posto de Saúde e Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica
Capim	Posto de Saúde e Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Básica

Fonte: Elaboração própria. Informações retiradas do Banco de Dados do DAB do 1º Ciclo do PMAQ-AB 2012.

No intuito de melhorar a qualidade e as condições dos serviços de saúde desses municípios como dos demais municípios brasileiros, bem como garantir o acesso da atenção em saúde a toda população, o Ministério da Saúde (MS), como descreve o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012 b) vem procurando executar a gestão pública com base no monitoramento e avaliação do setor saúde pública para ajustar as estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em reconhecer a qualidade dos serviços e estimular a ampliação do acesso a todos os cidadãos.

Nessa perspectiva foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica centrado na qualificação da Atenção Básica (AB), onde a mesma é proporcionada pela cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estimada em mais da metade da população brasileira, assim como por outros modelos de AB (BRASIL, 2012 b).

Para qualificar a Atenção Básica no Brasil, o MS, a partir de uma pactuação tripartite (contratualização de compromissos e indicadores entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde), permite a adesão das equipes de

Saúde da Família ao PMAQ-AB, e também de equipes de Atenção Básica organizadas em outras modalidades num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual com controle social (BRASIL, 2012 b). Nesse contexto, as equipes de saúde dos 08 municípios paraibanos em estudo que fizeram a contratualização ao programa foram avaliadas e certificadas, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7 – Certificação das equipes de saúde nos municípios selecionados

Município	Qtd. de equipes participantes	Qtd. de equipes certificadas	Valor (R\$) da certificação
Desterro	2	2	R\$ 4.400,00
Nazarezinho	2	2	R\$ 8.800,00
Camalaú	2	2	R\$ 13.200,00
Barra de São Miguel	1	1	R\$ 6.600,00
Caldas Brandão	1	1	R\$ 2.200,00
Sertãozinho	1	1	R\$ 6.600,00
Pedro Régis	2	2	R\$ 4.400,00
Capim	2	2	R\$ 4.400,00

Fonte: Elaboração própria. Informações retiradas da sexta lista da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ.

O processo de certificação das equipes determina a quantidade de recursos a serem transferidos aos municípios avaliados. Para que ocorra tal transferência, o processo apresenta 03 dimensões que identificam a nota das equipes de saúde: uso de instrumentos autoavaliativos – 10% da nota; desempenho em resultados do monitoramento dos indicadores de saúde – 20% da nota; desempenho dos padrões de qualidade verificados por avaliadores externos e do preenchimento no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) por gestores e responsáveis pelas equipes de Atenção Básica – 70% da nota (BRASIL, 2013 b). A nota metodológica da certificação pode ser vista no documento *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (2013)*.

4 RESULTADOS

A análise dos dados coletados, microdados das variáveis de cada item selecionado dos módulos I, fornecidos por profissional da equipe de Atenção Básica que conhece as unidades e obtidos do banco de dados do Portal do DAB e interpretados através dos documentos *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (2012)* e *Dicionário das Variáveis 1º Ciclo (2013)* do PMAQ-AB, visou apresentar e comparar a realidade das Unidades Básicas de Saúde dos municípios paraibanos de pequeno porte I, respondendo com clareza ao problema e aos objetivos traçados.

Desse modo, de uma amostra selecionada, totalizando 16 UBS de 08 municípios de pequeno porte I com equipes de Saúde da Família (SF), analisou-se as condições dessas unidades sobre os itens agrupados por partes denominadas “Características”, definida pela própria autora deste trabalho, para melhor entendimento sobre as condições estruturais de funcionamento das unidades de saúde, descritos no Quadro 1 anteriormente apresentado e, cujos resultados são mostrados a seguir.

4.1 Condições físicas das Unidades Básicas de Saúde

Quando se refere as condições físicas das UBS foram elencadas variáveis sobre infraestrutura, acessibilidade, característica estrutural e ambiência.

4.1.1 Infraestrutura da unidade de saúde

Quando se refere a infraestrutura das UBS, foram analisadas a quantidade de ambientes por unidades de saúde de cada município em estudo. As informações são referentes a existência de 21 ambientes característicos de UBS (listados na Tabela 1).

Em relação aos tipos de ambientes, no âmbito da amostra selecionada, a Tabela 1 abaixo revela que algumas UBS têm pelo menos 01 unidade dos ambientes traçados, se destacando o consultório clínico, que é o único ambiente presente em todas as UBS. Contudo, é evidenciado que alguns ambientes ainda estão ausentes na maioria das UBS, é o caso de, sanitário adaptado para pessoas com deficiência que não está presente em nenhuma UBS (100%) e as salas de reunião, de estocagem de medicamentos e expurgos presentes em 01 UBS (6,25%).

Tabela 1 – Distribuição da frequência da infraestrutura nas UBS dos municípios selecionados em 2012

Tipos ambientes	Nº UBS 1 und	% UBS 1 und	Nº UBS 2 und	% UBS 2 und	Nº UBS 3 und	% UBS 3 und	Nº UBS 0 und	% UBS 0 und
Banheiros para funcionários	12	75,00	3	18,75	0	0,00	1	6,25
Consultório clínico	3	18,75	11	68,75	2	12,50	0	0,00
Consultório odontológico	15	93,75	0	0,00	0	0,00	1	6,25
Recepção	11	68,75	0	0,00	0	0,00	5	31,25
Sala de acolhimento	2	12,50	0	0,00	0	0,00	14	87,50
Sala de curativo	6	37,50	0	0,00	0	0,00	10	62,50
Farmácia	10	62,50	0	0,00	0	0,00	6	37,50
Sala de espera	15	93,75	0	0,00	0	0,00	1	6,25
Sala de estocagem de medicamentos	1	6,25	0	0,00	0	0,00	15	93,75
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	7	43,75	0	0,00	0	0,00	9	56,25
Sala de lavagem/descontaminação	2	12,50	0	0,00	0	0,00	14	87,50
Sala de procedimento	8	50,00	0	0,00	0	0,00	8	50,00
Sala de nebulização	4	25,00	0	0,00	0	0,00	12	75,00
Sala de vacina	10	62,50	0	0,00	0	0,00	6	37,50
Sala de observação	5	31,25	2	12,50	0	0,00	9	56,25
Sala de reunião e atividades educativas	1	6,25	0	0,00	0	0,00	15	93,75
Sanitário para usuário masculino	9	56,25	2	12,50	0	0,00	5	31,25
Sanitário para usuário feminino	9	56,25	3	18,75	0	0,00	4	25,00
Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	100,00
Expurgo	1	6,25	0	0,00	0	0,00	15	93,75
Local para depósito de lixo comum	7	43,75	0	0,00	0	0,00	9	56,25

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Os ambientes listados são apontados no Instrumento de Avaliação Externa 1º Ciclo PMAQ-AB (2012).

Nota 2: Os municípios selecionados são de pequeno porte I.

Nota 3: Abordagem da quantidade de unidades de saúde que apresentam de 0 a 03 unidades de ambientes.

Ressaltando os resultados principais, verifica-se que de forma positiva, das 16 UBS dos 08 municípios, 93,75 % das UBS têm 01 consultório odontológico e 01 sala de espera em sua composição estrutural; 75% das UBS possuem 01 banheiro para funcionários; 68,75% têm 01 recepção e 02 consultórios clínicos; 62,5% têm 01 farmácia e 01 sala de vacina. Além disso, a quantidade de unidades de saúde que *não possuem* determinados ambientes torna-se bastante evidentes, mostrando que das 16 UBS, 93,75% não apresentam sala de estocagem de

medicamentos, de reunião e expurgo; 87,50% não têm sala de acolhimento e de lavagem; 75% e 62,50% não possuem, respectivamente, sala de nebulização e de curativo.

Comparando as UBS de cada município, verificou-se (Tabela 2 abaixo) que 08 UBS em 06 municípios (Camalaú, Barra de São Miguel, Caldas Brandão, Capim, Sertãozinho e Pedro Régis) apresentam mais de 50% dos ambientes, detendo 01 a 03 unidades dos 21 ambientes traçados. Sendo que, por um lado Pedro Régis, na Zona da Mata, e Camalaú e Barra de São Miguel, ambos na região da Borborema, são os municípios que têm pelo menos uma UBS com a maior dotação, sequenciando, 76,19%, e outros dois com 61,90% de dotação dos ambientes em sua infraestrutura. De outro lado, 01 UBS do município de Desterro (Sertão) com 28,5%, 01 em Camalaú (Borborema), 01 em Nazarezinho (Sertão) e 01 em Barra de São Miguel (na Borborema), ambas com 33,3%, representam, na amostra, as unidades com menor dotação de ambientes identificados como importantes para o funcionamento das UBS.

Tabela 2 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item infraestrutura em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	% acumulada 1 a 3 und dos ambientes	% 0 und dos ambientes
02674	Desterro	Sertão Paraibano	28,57	71,43
02675	Desterro	Sertão Paraibano	47,62	52,38
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	38,10	61,90
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	33,33	66,67
02577	Camalaú	Borborema	33,33	66,67
02576	Camalaú	Borborema	61,90	38,10
21518	Barra de São Miguel	Borborema	33,33	66,67
02525	Barra de São Miguel	Borborema	61,90	38,10
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	52,38	47,62
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	47,62	52,38
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	52,38	47,62
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	52,38	47,62
02949	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	76,19	23,81
02950	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	52,38	47,62
02645	Capim	Zona da Mata Paraibana	38,10	61,90
02646	Capim	Zona da Mata Paraibana	57,14	42,86

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Os ambientes presentes ou não nas unidades de saúde por município são: consultórios clínicos e odontológicos; recepção; farmácia; sala de acolhimento; sala de curativo; sala de vacina; expurgo; sanitários para usuário masculino, usuário feminino e para funcionários; sanitários adaptados para pessoas com deficiência; sala de reunião e atividades educativas; local para depósito de lixo comum, dentre outros.

Da amostra dos “maiores menores municípios analisados”, aqueles do Sertão Paraibano, representados por Desterro e Nazarezinho, são os que apresentam a pior dotação de ambientes em suas unidades de saúde. Enquanto as UBS da mesorregião Zona da Mata Paraibana, apresentam a maior dotação de ambientes em suas infraestruturas.

Enfatizando, as UBS com maior e menor dotação de ambientes, 01 UBS do município Pedro Régis, a qual apresenta 76,19% de ambientes, inclui 03 consultórios clínicos e 01 odontológico; 01 recepção, 01 farmácia e 01 local para depósito de lixo comum; 01 sala de curativo, de espera, de esterilização, de lavagem, de procedimento, de nebulização, de vacina e 01 de observação; 01 sanitário para usuário masculino, 01 para feminino e 01 para funcionário. Enquanto que, a unidade de saúde do município de Desterro, que apresenta a menor dotação de ambientes, apenas 28,57%, estão presentes 01 consultório clínico e 01 odontológico; 01 sala de espera, 01 sala de esterilização e 01 sanitário para usuário feminino.

A Tabela 2 permite-nos inferir uma tendência quase que generalizada de os municípios terem uma unidade de saúde relativamente melhor ambientada que a outra – os casos de Camalaú, e Barra de São Miguel, ambos na Borborema, revelam uma unidade com quase o dobro de ambientes da outra (61,9% x 33,3%). A exceção mais marcante deste comportamento verifica-se em Sertãozinho, município do Agreste, que tem suas unidades com a mesma dotação de ambientes, embora ainda relativamente pequena (52,4%). Ficando a questão para estudos posteriores qual das duas estratégias é mais adequada para gerar melhores resultados para o atendimento da população: a de uma rede mais igualmente dotada de ambientes, embora ainda com relativamente baixa dotação, ou uma “bifurcada” entre uma unidade melhor estruturada e outra com menor dotação de ambientes.

4.1.2 Acessibilidade na unidade de saúde

Quando se refere ao item acessibilidade na Unidade Básica de Saúde foram analisadas o que se observa na área externa da entrada da UBS (quesito apresentado na Tabela 3); se a unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos (conforme Tabela 4), e se a unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva.

Conforme a Tabela 3 a seguir, em relação a *área externa* da entrada das Unidades Básicas de Saúde, cabe ressaltar que a maioria das unidades de saúde *não possuem* calçada da entrada com boas condições e facilidade de deslocamento para cadeirantes e pessoas com necessidades especiais, tapete, piso liso, corrimão, porta e corredor de entrada adaptados para

cadeira de rodas. Com notoriedade, 87,50% e 68,75% das unidades de saúde não possuem, respectivamente, corrimão e calçada em boas condições, itens básicos para a promoção da acessibilidade no entorno e na chegada ao estabelecimento de saúde. Os itens de acessibilidade com maior presença nas unidades de saúde da amostra são, respectivamente, piso regular presente em 09 unidades de saúde (56,25%) e rampa de acesso presente em 50% das unidades de saúde. Mesmo estes melhores indicadores não parecem sinalizar condições adequadas de acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 3 – Distribuição da frequência da acessibilidade na área externa da entrada das UBS nos municípios selecionados em 2012

Observação na área externa da entrada das Unidades Básicas de Saúde	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
A calçada da entrada está em boas condições (1)	11	68,75	5	31,25
Possui tapete	10	62,50	6	37,50
Possui piso antiderrapante	9	56,25	7	43,75
Possui piso regular	7	43,75	9	56,25
Possui piso liso	10	62,50	6	37,50
Possui rampa de acesso	8	50,00	8	50,00
Possui corrimão	14	87,50	2	12,50
Possui porta e corredor de entrada adaptados (2)	10	62,50	6	37,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Os municípios selecionados são de pequeno porte I.

Nota 2: A tabela descreve a quantidade de unidades de saúde que apresentam ou não acessibilidade na área externa da entrada.

(1) Calçada com piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para cadeirantes e pessoas com necessidades especiais.

(2) Para cadeira de rodas.

Como mostra a Tabela 4 a seguir, em relação às condições de acessibilidade ofertadas na *área interna* pelas unidades de saúde à pessoas com deficiência e idosos, observa-se um quadro ainda menos adequado: nenhum dos itens de acessibilidade interna listados alcançam sequer 50% de presença nas Unidades Básicas de Saúde da amostra. Destaque-se a constatação de que nenhuma das 16 unidades de saúde da amostra possui banheiros adaptados para pessoas em cadeira de rodas, nem barras de apoio. Mesmo o item, “cadeira de rodas disponível”, sendo o que está mais presente nas unidades de saúde, isso representa apenas 37,5% das UBS, isto é, somente 06 das 16 unidades de saúde estão acessíveis.

Tabela 4 – Distribuição da frequência da acessibilidade na área interna promovida pelas UBS a idosos e pessoas com deficiência em 2012

A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
Banheiros adaptados para cadeirantes (1)	16	100,00	0	0,00
Barras de apoio	16	100,00	0	0,00
Corrimão	14	87,50	2	12,50
Corredores e portas internos adaptados (2)	15	93,75	1	6,25
Portas internas adaptadas para cadeira de rodas	15	93,75	1	6,25
Espaço para acomodação de cadeira de rodas (3)	12	75,00	4	25,00
Bebedouros adaptados	14	87,50	2	12,50
Cadeira de rodas disponível (4)	10	62,50	6	37,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela descreve a quantidade de unidades de saúde que apresentam ou não acessibilidade na área interna.

(1) Com vaso alto, acessórios com pia, dispensador de sabonete e papel mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área para manobra de cadeiras.

(2) Para cadeira de rodas.

(3) Na sala de espera e recepção.

(4) Para deslocamento do usuário.

O cenário fica ainda precário em termos de condições de acessibilidade quando se analisa se a UBS garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, deficiência visual e/ou aditiva. Nestes quesitos, o dado é impressionante: nenhuma das 16 UBS utilizam símbolos para pessoas com deficiência física, visual e auditiva; sinalização através de textos, desenhos, cores ou figuras indicando ambientes e serviços ofertados; caracteres em relevo (Braille); recursos auditivos. E como apoio profissional, apenas 01 UBS (6,25%), de Barra de São Miguel da Borborema, tem profissionais para acolhimento.

Enfatizando-se os dados em termos regionais e municipais, comparando quanto a acessibilidade na área externa da entrada, observa-se que as mesorregiões Sertão Paraibano e Borborema são as que apresentam as unidades com menor dotação de recursos de acessibilidade. Com destaque negativo para os municípios de Barra de São Miguel (Borborema) e Desterro (Sertão) que apresentam pelo menos 01 UBS sem nenhuma oferta de acessibilidade e para os municípios, Nazarezinho e Camalaú, que têm 01 UBS, cada, com 50% de acessibilidade. As mesorregiões Agreste Paraibano e Zona da Mata Paraibana são as que apresentam as UBS mais acessíveis, tendo 01 unidade do município Caldas Brandão com 100% dos itens de acessibilidade externa considerados, conforme Tabela 5. A presença de UBS com

todos os itens avaliados nos dá uma indicação de que é possível dotar as unidades de saúde de condições adequadas de acessibilidade, mesmo em municípios pequenos.

Tabela 5 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões da análise acessibilidade na área externa da entrada nas unidades em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	NA (1)	% NA	AC (2)	% AC
02674	Desterro	Sertão Paraibano	8	100,00	0	0,00
02675	Desterro	Sertão Paraibano	6	75,00	2	25,00
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	4	50,00	4	50,00
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	7	87,50	1	12,50
02577	Camalaú	Borborema	6	75,00	2	25,00
02576	Camalaú	Borborema	4	50,00	4	50,00
21518	Barra de São Miguel	Borborema	8	100,00	0	0,00
02525	Barra de São Miguel	Borborema	8	100,00	0	0,00
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	0	0,00	8	100,00
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	6	75,00	2	25,00
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	6	75,00	2	25,00
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	2	25,00	6	75,00
02949	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	6	75,00	2	25,00
02950	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	2	25,00	6	75,00
02645	Capim	Zona da Mata Paraibana	4	50,00	4	50,00
02646	Capim	Zona da Mata Paraibana	2	25,00	6	75,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Dados baseados num total de 08 variáveis em estudo.

Nota 2: Acessibilidade no tocante a pessoas com deficiência, idosos e usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição nas áreas interna e externa das unidades de saúde por município.

(1) NA = Não Acessível.

(2) AC = Acessível.

Internamente mais de 50% das unidades de saúde não são acessíveis às pessoas com deficiência e idosos. As UBS 02674 e 02675 do município Desterro, a unidade 21518 de Barra de São Miguel e a 02959, de Pedro Régis, como as 02576 e 02577 de Camalaú não são, em sua totalidade, acessíveis (100% cada). A porcentagem, 87,50%, retrata ausência de acessibilidade as pessoas com deficiência e idosos nas UBS de Nazarezinho (02883 e 02882), Capim (02646 e 02645) e Caldas Brandão (02575). As UBS de Caldas Brandão (21903), Barra de São Miguel (02525), Pedro Régis (02949) e Sertãozinho (03040) são 75% desprovidas de acessibilidade. A UBS, 32211, do município Sertãozinho é a mais acessível, apresentando apenas 62,50% sem itens de acessibilidade. Sobre esse tipo de acessibilidade a mesorregião Agreste Paraibano é a

que mais disponibiliza condições de acessibilidade nas unidades de saúde: a UBS, 02575, do município Caldas Brandão é 12,50% acessível; as unidades 21903 de Caldas Brandão e 03040 de Sertãozinho são 25% acessíveis, e a unidade, 32211, de Sertãozinho é 37,5% acessível.

4.1.3 Características estruturais e ambiência da unidade de saúde

Em relação a esse item, selecionou-se as variáveis sobre características estruturais e ambiência da UBS, rede hidráulica, rede elétrica e sanitária para saber o que se observa.

Sobre as características estruturais, percebe-se que mais de 50% das UBS têm boas características e ambiência, com destaque para 14 UBS (87,5%), as quais apresentam consultórios que permitem privacidade ao usuário. E 13 UBS (81,25%) apresentam ambientes com disposição de janelas e ventilação indireta possibilitando a circulação de ar, o que contribui para economia de energia a respeito da utilização de ar condicionado. (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da frequência das características estruturais e ambiência das UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012

Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exautores) para a circulação de ar	3	18,75	13	81,25
Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível	6	37,50	10	62,50
Os pisos, paredes e tetos da Unidade de Saúde são de superfície lisa e laváveis.	8	50,00	8	50,00
A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo	8	50,00	8	50,00
Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário	2	12,50	14	87,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela fala da quantidade de UBS que possuem ou não características estruturais adequadas.

Comparando os municípios e as mesorregiões em relação a variável características estruturais, destaca-se que: as UBS 02675 de Desterro, 02576 de Camalaú, 02950 de Pedro Régis e 02645 de Capim apresentam 100% das características estruturais traçadas pelo PMAQ; as unidades 21903 de Caldas Brandão, 32211 de Sertãozinho e 02882 de Nazarezinho são compostas por 80% das características. As UBS 02575 de Caldas Brandão, 02525 de Barra de

São Miguel, 02646 de Capim e 02883 de Nazarezinho, juntas, apresentam 60% das características estruturais. Já, as UBS, 02674 do município Desterro e 03040 de Sertãozinho são compostas por 40% das características. Uma UBS de Barra de São Miguel e uma de Pedro Régis, são compostas por apenas 20% das características. Os municípios com as menores representatividades apresentam UBS compostas por janelas ou ventilação indireta, consultórios com privacidade ao usuário e pisos, paredes e tetos de superfície lisa e laváveis.

Em relação a parte hidráulica, percebe-se que a maioria das UBS estão em nível satisfatório, pois, 93,75%, 87,50% e 81,25% das UBS, respectivamente, não apresentam vasos sanitários com vazamentos, torneira sem água e pingando e mofo (conforme Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da frequência sobre condições da rede hidráulica nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012

Sobre a rede hidráulica, observar a presença de:	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
Mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas	13	81,25	3	18,75
Torneiras sem sair água	14	87,50	2	12,50
Torneiras pingando	14	87,50	2	12,50
Vasos sanitários com vazamentos	15	93,75	1	6,25

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela descreve a quantidade de UBS que possuem ou não condições adequadas na rede hidráulica.

Já em relação a rede elétrica o que se observa é que a maioria das Unidades Básicas de Saúde não possuem fios expostos, soltos ou desencapados e tubulação de plástico por fora da parede com fio, respectivamente, 75,00% e 62,50%. Acompanhe a Tabela 8 abaixo:

Tabela 8 – Distribuição da frequência sobre a rede elétrica nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012

Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
Fios expostos, soltos ou desencapados	12	75,00	4	25,00
Tubulação de plástico por fora da parede com fio	10	62,50	6	37,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

No tocante a parte sanitária 100,00% das UBS não possuem vasos sanitários entupidos e 87,50% não possuem presença de cheiro de esgoto e vasos sanitários interditados. Segue a Tabela 9 abaixo.

Tabela 9 – Distribuição da frequência sobre a rede sanitária nas UBS dos municípios de pequeno porte I em 2012

Sobre a rede sanitária, observar a presença de:	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem
Cheiro de esgoto	14	87,50	2	12,50
Vasos sanitários entupidos	16	100,00	0	0,00
Vasos sanitários interditados	14	87,50	2	12,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela descreve a quantidade de UBS que possuem ou não condições adequadas na rede sanitária.

Em comparação, percebe-se que as 16 UBS apresentam boas condições físicas em relação as redes hidráulica, elétrica e sanitária, pois a maioria das UBS estão conseguindo manter a qualidade no ambiente interno.

Em relação a rede hidráulica a maioria das unidades de saúde dos municípios de pequeno porte não possuem os problemas citados na Tabela 7. A unidade de saúde de Pedro Régis (02949) tinha mofo próximo as pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas, além de sanitários com vazamento, uma representatividade de 50%. Enquanto que, as unidades, 02882 e 02883, ambas, do município de Nazarezinho apresentavam torneiras sem sair água e pingando e presença de mofo. A UBS, 02675, do município de Desterro apresentou torneiras sem água (25%); a unidade de saúde, 02646, de Capim apresentou mofo (25%).

Quanto a rede elétrica, a grande totalidade das unidades de saúde não apresentaram no ano 2012 problemas como fios expostos, soltos ou desencapados e tubulação de plástico por fora da parede com fio (100%). Contudo, a unidade de Desterro (UBS 02674), de Capim (UBS 02646) e as unidades, 03040 e 02883, de Sertãozinho, tinham a presença de 100% desses problemas. Enquanto que a unidade de Caldas Brandão (UBS 02575) e a UBS 02882 de Nazarezinho tinham apenas 50% dos problemas citados.

Quanto a rede sanitária, a grande maioria das unidades de saúde não apresentaram no ano 2012 problemas característicos como cheiro de esgoto, vasos sanitários entupidos e interditados (100%). Contudo, a unidade de Pedro Régis (UBS 02949) tinha a presença de 66,67% desses problemas, com identificação de um ambiente com cheiro de esgoto e com vasos

sanitários interditados. Enquanto que as unidades do município de Sertãozinho (UBS 03040) e a UBS 02883 de Nazarezinho tinham, respectivamente, 33,33% dos problemas, com ambientação identificada com cheiro de esgoto e vasos sanitários interditados.

4.2 Meios para trabalho das equipes de saúde e profissionais

Quando se refere aos meios para o trabalho das equipes de saúde e profissionais foram elencadas variáveis sobre equipamentos e materiais da Atenção Básica, equipamentos de tecnologia e insumos.

4.2.1 Equipamentos e materiais da Atenção Básica

Nessa variável, os microdados são medidos em quantidade de equipamentos (conforme APÊNDICE B). Para proporcionar uma melhor análise dos microdados, transformou-se as respostas dadas em quantidade para respostas “sim” (que possuem) e “não” (que não possuem), por meio de um sistema binário. Dessa forma, considerou-se que onde tiver o zero quer dizer que “não”, diferente de zero, independentemente da quantidade, quer dizer “sim”.

Feito isso, em relação aos equipamentos e materiais que possibilitam o trabalho das equipes de saúde, encontrou-se que todas as Unidades Básicas de Saúde (100%) estão munidas de aparelho de pressão adulto, balança infantil, estetoscópio e termômetro clínico, instrumentos básicos para avaliações ambulatoriais. Na contramão, contudo, existem UBS que não apresentam ar-condicionado, farmácia, balança antropométrica 200kg, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil) e oftalmoscópio. Em apenas 6% das unidades de saúde há geladeira de farmácia, o que prejudica enormemente a conservação de vacinas e medicamentos que necessitam de conservação refrigerada, com grande utilidade para proporcionar uma ambiência de qualidade aos medicamentos (Observar a Tabela 10).

As informações na Tabela 10 abaixo revelam ainda baixa dotação generalizada de equipamentos e materiais para pediatria e neonatal, aspectos que podem incidir em indicadores graves como mortalidade infantil, assim como a ausência quase que generalizada de equipamentos que incidem sobre a prevenção e o tratamento de doenças específicas, como as doenças oftalmológicas, respiratórias, neuropatias diabética, tóxica, alcoólica e hanseníase, dentre outras, que ficam com o diagnóstico prejudicado dado a ausência dos equipamentos necessários e essenciais.

Tabela 10 – Distribuição da frequência de equipamentos e materiais nas UBS em 2012

Equipamentos e materiais da Atenção Básica	Nº UBS que possuem	% UBS que possuem	Nº UBS que não possuem	% UBS que não possuem
Antropômetro	5	31,25	11	68,75
Aparelho de pressão adulto	16	100,00	0	0,00
Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	6	37,50	10	62,50
Aparelho de nebulização	15	93,75	0	0,00
Ar-condicionado farmácia	0	0,00	16	100,00
Ar-condicionado para sala de vacina	5	31,25	11	68,75
Autoclave	9	56,25	7	43,75
Balança antropométrica de 150 kg	15	93,75	1	6,25
Balança antropométrica de 200 kg	0	0,00	16	100,00
Balança infantil	16	100,00	0	0,00
Régua antropométrica	10	62,50	6	37,50
Estetoscópio adulto	16	100,00	0	0,00
Estetoscópio pediátrico ou neonatal	4	25,00	12	75,00
Foco de luz para exame ginecológico	15	93,75	1	6,25
Geladeira exclusiva para vacina	11	68,75	5	31,25
Geladeira para farmácia	1	6,25	15	93,75
Glicosímetro	14	87,50	2	12,50
Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	0	0,00	16	100,00
Lanterna clínica	2	12,50	14	87,50
Mesa para exame ginecológico com perneira	15	93,75	1	6,25
Mesa para exame clínico	15	93,75	1	6,25
Oftalmoscópio	0	0,00	16	100,00
Otoscópio	6	37,50	10	62,50
Kit monofilamentos teste de sensibilidade	1	6,25	15	93,75
Sonar ou estetoscópio de Pinardo	13	81,25	3	18,75
Microscópio	2	12,50	14	87,50
Termômetro com cabo extensor ou linear	10	62,50	6	37,50
Termômetro clínico	16	100,00	0	0,00
Termômetro de máxima e mínima	10	62,50	6	37,50

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela descreve a quantidade de UBS dos municípios selecionados de pequeno porte I que possuem ou não equipamentos e materiais da Atenção Básica.

Em termos regionais, os dados para a amostra selecionada revelam que a mesorregião Sertão Paraibano possui menos equipamentos e materiais, enquanto que o Agreste Paraibano e Zona da Mata Paraibana possuem um maior número de equipamentos para que o atendimento seja eficaz. Essa informação pode ser confrontada na Tabela 11 a seguir.

Tabela 11 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item equipamentos e materiais em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	% que não possuem equipamentos	% que possuem equipamentos
02674	Desterro	Sertão Paraibano	65,52	34,48
02675	Desterro	Sertão Paraibano	58,62	41,38
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	41,38	58,62
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	44,83	55,17
02577	Camalaú	Borborema	55,17	44,83
02576	Camalaú	Borborema	41,38	58,62
21518	Barra de São Miguel	Borborema	55,17	44,83
02525	Barra de São Miguel	Borborema	34,48	65,52
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	44,83	55,17
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	44,83	55,17
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	34,48	65,52
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	48,28	51,72
02949	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	34,48	65,52
02950	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	51,72	48,28
02645	Capim	Zona da Mata Paraibana	41,38	58,62
02646	Capim	Zona da Mata Paraibana	44,83	55,17

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela aborda a quantidade de equipamentos e materiais, listados no instrumento de avaliação do PMAQ-AB, por município. Equipamentos como: geladeira para farmácia, balanças antropométrica e infantil, termômetros, dentre outros.

As 02 UBS de Desterro não têm, respectivamente, 66% e 59% dos equipamentos questionados, representando deter em torno de 35% do estoque de equipamentos. As unidades 02674 e 02675 têm aparelho de pressão adulto, aparelho de nebulização, autoclave, balança infantil, régua antropométrica, estetoscópio adulto, foco de luz para exame ginecológico, estetoscópio de pinardo e termômetro clínico. A melhor dotação dos equipamentos questionados é de 65,5%, verificada em 01 UBS dos municípios de Barra de São Miguel, na mesorregião da Borborema, Sertãozinho, na mesorregião do Agreste Paraibano e Pedro Régis, na Zona da Mata Paraibana (Tabela 11).

4.2.2 Insumos para Atenção Básica

De acordo com o instrumento da Avaliação Externa do PMAQ-AB, os insumos traçados para a realização de exames e para o trabalho das equipes de saúde foram: agulhas e seringas

descartáveis de diversos tamanhos, ataduras, caixas térmicas para vacinas, EPI (composto por luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas), fita métrica, gaze e tiras reagentes de medida de glicemia capilar.

Das 16 UBS dos 08 municípios paraibanos de pequeno porte I, 100% sempre dispõem gaze; 87,5% sempre dispõem de fita métrica para vacinas; 81,25% das UBS sempre dispõem de ataduras, tiras reagentes de medida de glicemia e seringas descartáveis; 75%, 68,75% e 62,5%, respectivamente, sempre dispõem de agulhas descartáveis de diversos tamanhos, de caixas térmicas e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme a Tabela 12. Destaque aqui para ausência relativa de agulhas e seringas em 18,75% das UBS da amostra analisada.

Tabela 12 – Distribuição da frequência dos insumos da Atenção Básica nas UBS em 2012

Insumos da Atenção Básica	Nº UBS SD (1) Ins.	% UBS SD Ins.	Nº UBS AVD (2) Ins.	% UBS AVD Ins.	Nº UBS ND (3) Ins.	% UBS ND Ins.
Agulhas descartáveis de diversos tamanhos	12	75,00	1	6,25	3	18,75
Ataduras	13	81,25	2	12,50	1	6,25
Caixas térmicas para vacinas	11	68,75	1	6,25	4	25,00
Fita métrica	14	87,50	0	0,00	2	12,50
EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas	10	62,50	6	37,50	0	0,00
Gaze	16	100,00	0	0,00	0	0,00
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	13	81,25	1	6,25	2	12,50
Seringas descartáveis de diversos tamanhos	13	81,25	3	18,75	0	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

Nota 2: Ins. = Insumo.

(1) SD = Sempre Disponível.

(2) AVD = Às Vezes Disponível.

(3) ND = Nunca Disponível.

A grande parte das UBS dos municípios têm sempre insumos de Atenção Básica disponíveis, com destaque para o insumo gaze, ao qual, todas UBS de todos os municípios selecionados sempre dispõem.

Do contrário algumas UBS nunca têm determinados insumos disponíveis para a realização do trabalho das equipes e oferecimento de atendimento ao cidadão. É o caso, das UBS dos municípios de: Camalaú, Desterro, Caldas Brandão, os quais, ambos apresentam 01 unidade de saúde que nunca dispõem de agulhas descartáveis de diversos tamanhos. Uma UBS

do município de Capim nunca dispõe de ataduras, 02 UBS do município Desterro nunca dispõe de caixas térmicas para vacina, o mesmo que acontece com 01 UBS de Barra de São Miguel e outra em Nazarezinho. Uma UBS de Desterro e de Barra de São Miguel nunca dispõem de tiras de reagentes de medida de glicemia capilar (com base no Quadro 8).

Quadro 8 – Disponibilidade de insumos da Atenção Básica nas UBS selecionadas

Código da UBS	Município	Agulhas descartável de diversos tamanhos	Atadura	Caixa térmica para vacinas	Fita métrica	EPI (1)	Gaze	Tira reagente de medida de glicemia capilar	Seringa (2)
02674	Desterro	ND	AVD	ND	SD	AVD	SD	SD	AVD
02675	Desterro	SD	SD	ND	SD	SD	SD	ND	SD
21518	Barra de São Miguel	SD	SD	ND	ND	AVD	SD	ND	AVD
02576	Camalaú	ND	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
21903	Caldas Brandão	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
02575	Caldas Brandão	ND	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
02525	Barra de São Miguel	SD	SD	SD	SD	AVD	SD	SD	SD
02949	Pedro Régis	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
02950	Pedro Régis	SD	SD	SD	ND	AVD	SD	SD	SD
02645	Capim	AVD	AVD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
02577	Camalaú	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
02646	Capim	SD	ND	SD	SD	SD	SD	SD	SD
03040	Sertãozinho	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
32211	Sertãozinho	SD	SD	AVD	SD	SD	SD	AVD	AVD
02882	Nazarezinho	SD	SD	SD	SD	AVD	SD	SD	SD
02883	Nazarezinho	SD	SD	ND	SD	AVD	SD	SD	SD

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota: ND = Nunca Disponível; SD = Sempre Disponível; AVD = Às Vezes Disponível.

(1) O EPI é composto por luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas.

(2) Descartável de diversos tamanhos.

As mesorregiões Borborema, Agreste Paraibano e Zona da Mata Paraibana apresentam UBS com a maior representatividade de insumos sempre disponíveis (100%), encontradas nos municípios de Camalaú (01 UBS), de Caldas Brandão (01 UBS), de Sertãozinho (01 UBS) e

Pedro Régis (01 UBS). Outras unidades de saúde às vezes disponibilizam ou nunca disponibilizam de determinados insumos como mostra as informações da Tabela 13.

Tabela 13 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item insumos da Atenção Básica em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	Nº Ins. SD	% Ins. SD	Nº Ins. AVD	% Ins. AVD	Nº Ins. ND	% Ins. ND
02674	Desterro	Sertão Paraibano	3	37,5	3	37,5	2	25,0
02675	Desterro	Sertão Paraibano	6	75,0	0	0,00	2	25,0
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	7	87,5	1	12,5	0	0,00
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	6	75,0	1	12,5	1	12,5
02576	Camalaú	Borborema	7	87,5	0	0,00	1	12,5
02577	Camalaú	Borborema	8	100,0	0	0,00	0	0,00
21518	Barra de São Miguel	Borborema	3	37,5	2	25,0	3	37,5
02525	Barra de São Miguel	Borborema	7	87,5	1	12,5	0	0,00
21903	Caldas Brandão	Agrete Paraibano	8	100,0	0	0,00	0	0,00
02575	Caldas Brandão	Agrete Paraibano	7	87,5	0	0,00	1	12,5
03040	Sertãozinho	Agrete Paraibano	8	100,0	0	0,00	0	0,00
32211	Sertãozinho	Agrete Paraibano	5	62,5	3	37,5	0	0,00
02949	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	8	100,0	0	0,00	0	0,00
02950	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	6	75,0	1	12,5	1	12,5
02645	Capim	Zona da Mata Paraibana	6	75,0	2	25,0	0	0,00
02646	Capim	Zona da Mata Paraibana	7	87,5	0	0,00	1	12,5

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: SD = Sempre Disponível; AVD = Às Vezes Disponível; ND = Nunca Disponível; Ins. = Insumo.

Nota 2: A tabela aborda a quantidade de insumos, listados no instrumento do PMAQ-AB, por município. Insumos como agulhas e seringas descartáveis, EPI, gaze, caixas térmicas para vacinas, fita métrica e tiras de reagentes para glicemia capilar.

4.2.3 Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde

Quando foi observado a logística dos equipamentos em tecnologia percebeu-se que, em grande parte das questões, as Unidades Básicas de Saúde não são dotadas com os tipos de equipamentos da tecnologia da informação (conforme o APÊNDICE D), refletindo ainda um grau elevado de carência quanto aos mesmos como observado na Tabela 14 abaixo.

A Tabela 14 mostra que das 16 UBS, nenhuma (100%) possui em suas dependências, câmeras, a qual implica a segurança dos usuários; microfones, para chamar os usuários na hora do atendimento e utilizar nos eventos promovidos para a promoção da saúde e, mais seriamente,

não possui acesso ao telessaúde. Bem como, a equipe na grande maioria dos casos, 87,50%, não tem acesso à *internet*, equipamento fundamental para utilização do programa telessaúde¹³.

Tabela 14 – Distribuição da frequência de equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde em condições de uso nas UBS em 2012

Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde	Nº UBS que tem	% UBS que tem	Nº UBS que não tem	% UBS que não tem
Computador.	4	25,00	12	75,00
Câmera	0	0,00	16	100,00
Caixa de som.	1	6,25	15	93,75
Estabilizador	4	25,00	12	75,00
Microfone.	0	0,00	16	100,00
Impressora.	2	12,50	14	87,50
Televisão.	5	31,25	11	68,75
A equipe tem acesso à internet?	2	12,50	14	87,50
A equipe possui telessaúde?	0	0,00	16	100,00
Consultório com computador conectado à <i>internet</i>	1	6,25	0	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

Nota 2: 75% das unidades de saúde não aplicam em seus consultórios computadores conectados à *internet*.

As UBS que possuem equipamentos de tecnologia representam uma quantidade pouco representativa. Por isso vale mencionar quais os municípios que apresentam determinados equipamentos. As UBS 02575 do município Caldas Brandão, 02525 de Barra de São Miguel, 03040 de Sertãozinho e 02883 de Nazarezinho apresentam o equipamento computador. Enquanto a unidade 02882 de Nazarezinho é a única que apresenta o equipamento caixa de som. Destas, as UBS de Barra de São Miguel e Nazarezinho são dotadas com impressora, essencial para impressão de documentos para as atividades dos profissionais de saúde. Já as UBS 02575 de Caldas Brandão, 02525 de Barra de São Miguel, 03040 de Sertãozinho, 02882 de Nazarezinho são as únicas que apresentam estabilizador. Estas duas últimas são compostas por equipe que tem acesso à *internet*. Os municípios Camalaú, Barra de São Miguel, Capim,

¹³ Segundo o *Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde*, o telessaúde utiliza tecnologias modernas da informação e comunicação para atividades à distância sobre saúde nos níveis primário, secundário e terciário, garantindo acesso a serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como possibilitando o diálogo entre os profissionais de saúde, como a interação entre os profissionais e usuários (BRASIL, 2012), descentralizando a realização de procedimentos e enfatizando o caráter educativo, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias (BRASIL, 2015 a).

Sertãozinho têm, respectivamente, 01, 01, 02 e 01 UBS que apresenta o equipamento televisão em sua composição de equipamentos de tecnologia.

Comparando, a presença de equipamentos de tecnologia nas UBS dos municípios e mesorregiões, notoriamente, é percebido que a grande maioria das unidades (90%, 80% e 70%) não apresentam os equipamentos de tecnologia (citados na Tabela 15). A representatividade maior das unidade de saúde que apresentam determinados equipamentos são 60% (na UBS de Nazarezinho, Sertão Paraibano) e 40% (na UBS de Barra de São Miguel, Borborema e Sertãozinho, Agreste Paraibano). O restante da distribuição percentual indica que a maioria das UBS não aplica um dos equipamentos de tecnologia, representando 10%. Esse tipo de equipamento diz respeito ao número de consultório com computador conectado à *internet*. Segundo o documento *Notas Técnicas Avaliação Externa do PMAQ 1º CICLO – 2011/2012*, a categoria “não se aplica” é uma variável condicional, isto é, uma condição prévia que representa a variável que não cabe resposta ou não foi atendida (BRASIL, 2015).

Tabela 15 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item equipamentos de tecnologia em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	% que não possuem Equipa. Tec.	% que possuem Equipa. Tec.	% que não se aplica Equipa. Tec.
02674	Desterro	Sertão Paraibano	90,00	0,00	10,00
02675	Desterro	Sertão Paraibano	90,00	0,00	10,00
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	40,00	60,00	0,00
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	90,00	0,00	10,00
02577	Camalaú	Borborema	90,00	0,00	10,00
02576	Camalaú	Borborema	80,00	10,00	10,00
21518	Barra de São Miguel	Borborema	90,00	0,00	10,00
02525	Barra de São Miguel	Borborema	60,00	40,00	0,00
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	90,00	0,00	10,00
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	80,00	20,00	0,00
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	60,00	40,00	0,00
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	90,00	0,00	10,00
02949	Pedro Régis	Mata Paraibana	90,00	0,00	10,00
02950	Pedro Régis	Mata Paraibana	90,00	0,00	10,00
02645	Capim	Mata Paraibana	80,00	10,00	10,00
02646	Capim	Mata Paraibana	80,00	10,00	10,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: A tabela descreve a quantidade de equipamentos de tecnologia, listados pelo PMAQ-AB, por município.

Nota 2: “Não se aplica” representa a variável que não cabe resposta ou não foi atendida.

4.3 Serviços e cuidado com a saúde dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde

Quando se refere ao cuidado nas Unidades de Básicas de Saúde foram elencadas as variáveis sobre testes de diagnóstico e imunobiológicos descritos pelo PMAQ-AB 1º Ciclo 2012. Segue abaixo os resultados de cada item.

4.3.1 Testes rápidos de diagnóstico na unidade de saúde

De acordo com o instrumento da Avaliação Externa do PMAQ-AB, os testes rápidos de diagnóstico traçados foram: Teste rápido de sífilis, de gravidez, HIV e Pesquisa de plasmódio. Das 16 Unidades Básicas de Saúde dos 08 municípios identificou-se que a quase totalidade das unidades de saúde nunca disponibilizam os testes mencionados, resultando que, 100% das unidades nunca dispõem de teste de gravidez e pesquisa plasmódio; 94% das unidades nunca dispõem de teste rápido de sífilis; enquanto que 81% nunca dispõem de testes rápidos de HIV (vide Tabela 16 abaixo).

Tabela 16 – Distribuição da frequência de testes rápidos de diagnóstico nas UBS em 2012

Testes rápidos de diagnósticos na unidade de saúde	Nº UBS SD (1) testes	% UBS SD testes	Nº UBS AVD (2) testes	% UBS AVD testes	Nº UBS ND (3) testes	% UBS ND testes
Teste rápido de sífilis	1	6,00	0	0,00	15	94,00
Teste rápido gravidez	0	0,00	0	0,00	16	100,00
Teste rápido HIV	2	13,00	1	6,00	13	81,00
Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa)	0	0,00	0	0,00	16	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

(1) SD = Sempre Disponível.

(2) AVD = Às Vezes Disponível.

(3) ND= Nunca Disponível.

Apenas em 01 UBS no município de Pedro Régis tem sempre disponível teste rápido de sífilis. Enquanto que, somente em 02 UBS, uma no município de Camalaú, a outra no município de Pedro Régis, têm sempre disponível teste rápido de HIV. Já o município Barra de São Miguel

as vezes disponibiliza este teste em apenas uma UBS. As demais unidades de saúde dos outros municípios paraibanos nunca dispõem de testes rápidos, conforme Quadro 9.

Quadro 9 – Disponibilidade de testes de diagnóstico nas unidades de saúde em 2012

Código da UBS	Município	Teste rápido de sífilis	Teste rápido gravidez	Teste rápido HIV	Pesquisa de plasmódio (1)
02674	Desterro	ND	ND	ND	ND
02675	Desterro	ND	ND	ND	ND
21518	Barra de São Miguel	ND	ND	ND	ND
02576	Camalaú	ND	ND	SD	ND
21903	Caldas Brandão	ND	ND	ND	ND
02575	Caldas Brandão	ND	ND	ND	ND
02525	Barra de São Miguel	ND	ND	AVD	ND
02949	Pedro Régis	SD	ND	SD	ND
02950	Pedro Régis	ND	ND	ND	ND
02645	Capim	ND	ND	ND	ND
02577	Camalaú	ND	ND	ND	ND
02646	Capim	ND	ND	ND	ND
03040	Sertãozinho	ND	ND	ND	ND
32211	Sertãozinho	ND	ND	ND	ND
02882	Nazarezinho	ND	ND	ND	ND
02883	Nazarezinho	ND	ND	ND	ND

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB (2013).

Nota: ND = Nunca Disponível; SD = Sempre Disponível; AVD = Às Vezes Disponível.

(1) É o exame de gota espessa.

A quase totalidade dos municípios e suas mesorregiões paraibanas apresentam unidades de saúde que nunca disponibilizam dos testes de diagnóstico (100% cada), ressaltando exceções para alguns municípios que têm disponibilidade de testes rápidos.

Assim, registra que o município de Camalaú da mesorregião Borborema apresenta pelo menos 01 Unidade Básica de Saúde que sempre disponibiliza 25% dos testes; 01 unidade de saúde do município de Barra de São Miguel, também localizado na mesorregião Borborema, às vezes disponibiliza de testes rápidos em questão (25%). A representatividade maior fica para o município de Pedro Régis da mesorregião Zona da Mata Paraibana, onde o mesmo apresenta 01 Unidade Básica de Saúde que sempre disponibiliza 50% dos testes rápidos para o cuidado e prevenção dos usuários, conforme Tabela 17.

Tabela 17 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item testes rápidos de diagnóstico na unidade em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	Nº Testes SD (1)	% Testes SD	Nº Testes AVD (2)	% Testes AVD	Nº Testes ND (3)	% Testes ND
02674	Desterro	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02675	Desterro	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02576	Camalaú	Borborema	1	25,00	0	0,00	3	75,00
02577	Camalaú	Borborema	0	0,00	0	0,00	4	100,00
21518	Barra de São Miguel	Borborema	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02525	Barra de São Miguel	Borborema	0	0,00	1	25,00	3	75,00
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02949	Pedro Régis	Zona Mata	2	50,00	0	0,00	2	50,00
02950	Pedro Régis	Zona Mata	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02645	Capim	Zona Mata	0	0,00	0	0,00	4	100,00
02646	Capim	Zona Mata	0	0,00	0	0,00	4	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB.

Nota 1: A tabela descreve a disponibilidade de testes de diagnóstico (de sífilis, de HIV, de gravidez e pesquisa de plasmódio) listados pelo PMAQ-AB, por município.

(1) SD = Sempre Disponível.

(2) AVD = Às Vezes Disponível.

(3) ND= Nunca Disponível.

4.3.2 Imunobiológicos na unidade de saúde

Nesse item o que se analisou foi a disponibilidade de tipos de vacinas, ou seja, de imunobiológicos nas unidades de saúde nos municípios selecionados, escolhendo as mais comumente utilizadas pela população mencionadas no instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB 1º Ciclo 2012, como relacionadas na Tabela 18.

Observa-se que mais de 50% das UBS analisadas grande parte delas têm disponibilidade de imunobiológicos, com exceção para a vacina BCG-ID que é sempre disponibilizada em 25% das UBS, isso representa 75% das unidades de saúde que nunca dispõem esse tipo de vacina para a população.

Contudo, um ponto forte é que em grande parte das UBS estão presentes a maioria dos imunobiológicos ou vacinas. A vacina Oral Rota vírus Humano sempre está disponível em 75% das unidades de saúde. As vacinas Dupla tipo adulto (Dt), Meningocócica C, Poliomielite, Tríplice Viral e Tetravalente, ambas sempre disponíveis em 68,75%. O imunobiológico Tríplice Bacteriana sempre está disponível em 62,50% das unidades de saúde, como pode ser observado na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição da frequência de imunobiológicos nas UBS em 2012

Imunobiológicos na unidade de saúde	Nº UBS SD (1)	% UBS SD	Nº UBS AVD (2)	% UBS AVD	Nº UBS ND (3)	% UBS ND
BCG-ID	4	25,00	0	0,00	12	75,00
Dupla tipo adulto – Dt	11	68,75	2	12,50	3	18,75
Influenza sazonal	8	50,00	4	25,00	4	25,00
Hepatite B	9	56,25	3	18,75	4	25,00
Meningocócica C	11	68,75	2	12,50	3	18,75
Poliomielite	11	68,75	2	12,50	3	18,75
Tríplice viral	11	68,75	2	12,50	3	18,75
Tríplice bacteriana	10	62,50	2	12,50	4	25,00
Tetravalente	11	68,75	2	12,50	3	18,75
Vacina oral de rotavírus Humano	12	75,00	1	6,25	3	18,75

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB.

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

(1) SD = Sempre Disponível.

(2) AVD = Às Vezes Disponível.

(3) ND= Nunca Disponível.

O que percebe-se com a análise é que há um bom controle para a disponibilidade de imunobiológicos à população, ao demonstrar que grande parte das unidades de saúde contém boa parte dos itens imunobiológicos questionados.

Relativo ao comparativo dos municípios, percebe-se que a população encontra-se numa situação razoável para esses tipos de imunobiológicos, pois o resultado demonstra que a maioria dos municípios tem pelo menos uma unidade de saúde que contém boa gama dos itens imunobiológicos. Este dado revela o interesse na Atenção Básica em prevenir doenças endêmicas e epidêmicas. Cabe destacar o município de Desterro da mesorregião Sertão Paraibano, que é a exceção, pois não há registro de qualquer desses itens disponíveis nas suas duas unidades de saúde (vide Tabela 19).

Tabela 19 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise do item imunobiológicos na unidade de saúde em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	Nº Imun. SD	% Imun. SD	Nº Imun. AVD	% Imun. AVD	Nº Imun. ND	% Imun. ND
02674	Desterro	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	10	100,0
02675	Desterro	Sertão Paraibano	0	0,00	0	0,00	10	100,0
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	10	100,0	0	0,00	0	0,00
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	8	80,00	1	10,00	1	10,0
02576	Camalaú	Borborema	9	90,00	0	0,0	1	10,00
02577	Camalaú	Borborema	0	0,00	0	0,00	10	100,0
21518	Barra de São Miguel	Borborema	2	20,00	7	70,00	1	10,00
02525	Barra de São Miguel	Borborema	9	90,00	0	0,00	1	10,0
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	7	70,0	2	20,00	1	10,00
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	8	80,00	1	10,00	1	10,00
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	10	100,0	0	0,00	0	0,00
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	0	0,00	9	90,0	1	10,00
02949	Pedro Régis	Mata Paraibana	9	90,00	0	0,00	1	10,00
02950	Pedro Régis	Mata Paraibana	9	90,00	0	0,00	1	10,00
02645	Capim	Mata Paraibana	9	90,00	0	0,00	1	10,00
02646	Capim	Mata Paraibana	8	80,00	0	0,00	2	20,00

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB.

Nota 1: A tabela aborda a disponibilidade de imunobiológicos, listados pelo PMAQ-AB, por município. Imunobiológicos como BCG-ID, hepatite B, dentre outros.

4.4 Perfil das Unidades Básicas dos municípios

Neste tópico importante, foram selecionadas as variáveis funcionamento e as variáveis sobre recursos humanos (identificação de profissionais).

4.4.1 Horário de funcionamento da unidade de saúde

Em relação ao funcionamento das UBS, a pesquisa PMAQ procurou analisar os turnos de atendimento; quantos dias na semana as unidades funcionam; a carga horária diária; funcionamento no fim de semana e durante o horário de almoço, e se os serviços estão disponíveis no horário e nos dias de funcionamento.

Percebe-se que em relação aos turnos de atendimento, todas as Unidades Básicas de Saúde funcionam no horário da manhã (100%) e no horário da tarde (93,75%). Apenas 01

unidade de saúde não tem atendimento no horário da tarde (6,25%), a qual, é do município de Sertãozinho. E, 01 UBS (6,25%) tem atendimento no horário da noite que é no município de Camalaú.

Tabela 20 – Distribuição dos turnos de atendimento nas UBS em 2012

Quais os turnos de atendimento?	Nº UBS que não funciona	% UBS que não funciona	Nº UBS que funciona	% UBS que funciona
Manhã	0	0,00	16	100,00
Tarde	1	6,25	15	93,75
Noite	15	93,75	1	6,25

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB.

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

Sobre a variável “se os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento”, pode-se afirmar que quase a totalidade das Unidades Básicas de Saúde, mais de 70%, disponibilizam serviços como consultas médicas, de enfermagem e odontológicos, bem como dispensação de medicamentos, recepção, acolhimento, realização de curativos e vacinação, aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das UBS.

Tabela 21 – Distribuição da frequência dos serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das UBS dos município selecionados em 2012

Serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da UBS	Nº UBS que não disponibiliza	% UBS que não disponibiliza	Nº UBS que disponibiliza	% UBS que disponibiliza
Consultas médicas	4	25,00	12	75,00
Consultas de enfermagem	1	6,25	15	93,75
Consultas odontológicas	3	18,75	13	81,25
Dispensação de medicamentos pela farmácia	1	6,25	15	93,75
Recepção aos usuários	0	0,00	16	100,00
Realização de curativos	0	0,00	16	100,00
Vacinação	1	6,25	15	93,75
Acolhimento	10	62,50	6	37,50

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB.

Nota 1: Os municípios selecionados são de pequenos porte I.

Nota 2: A tabela descreve a disponibilidade de serviços durante o horário de atendimento.

Quando se compara os municípios e mesorregiões em relação se a maioria das UBS disponibilizam os serviços aos usuários durante os horários e dias de funcionamento, identifica que mais de 50% disponibilizam, como mostra a Tabela 22.

Tabela 22 – Comparativo de UBS entre municípios paraibanos de pequeno porte I e suas mesorregiões na análise dos serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das UBS em 2012

Código da UBS	Município	Mesorregião	% dos serviços não disponíveis durante os horários de atendimento	% dos serviços disponíveis durante os horários de atendimento
02674	Desterro	Sertão Paraibano	50,00	50,00
02675	Desterro	Sertão Paraibano	12,50	87,50
02882	Nazarezinho	Sertão Paraibano	37,50	62,50
02883	Nazarezinho	Sertão Paraibano	37,50	62,50
02577	Camalaú	Borborema	0,00	100,00
02576	Camalaú	Borborema	50,00	50,00
21518	Barra de São Miguel	Borborema	12,50	87,50
02525	Barra de São Miguel	Borborema	0,00	100,00
21903	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	12,50	87,50
02575	Caldas Brandão	Agreste Paraibano	0,00	100,00
03040	Sertãozinho	Agreste Paraibano	0,00	100,00
32211	Sertãozinho	Agreste Paraibano	12,50	87,50
02949	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	12,50	87,50
02950	Pedro Régis	Zona da Mata Paraibana	12,50	87,50
02645	Capim	Zona da Mata Paraibana	0,00	100,00
02646	Capim	Zona da Mata Paraibana	0,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB 2013.

A maior representatividade fica para 01 UBS de Camalaú, 01 de Barra de São Miguel, 01 de Caldas Brandão, 01 de Sertãozinho e 02 de Capim, que disponibilizam todos os serviços (100%). A menor representatividade fica para 01 das unidades de saúde dos municípios de Desterro e Camalaú, pois são as que oferecem poucos serviços durante o horário de funcionamento, tendo apenas 50% ambas. A UBS de Desterro não oferece consulta médica, de enfermagem, vacinação e acolhimento. Enquanto que, a UBS de Camalaú não oferece consultas médicas e odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia e acolhimento.

Quanto ao funcionamento semanal das unidades de saúde, das 16 UBS, 15 (93,75%,) unidades funcionam cinco dias na semana, apenas uma unidade do município de Camalaú funciona sete dias na semana (6,25%). Já em relação a carga horário de trabalho, 75% das

unidades tem carga horária mais de 8 horas/por dia, enquanto que 25% das UBS de Desterro, Capim, Sertãozinho e Nazarezinho têm carga horária totalizando menos de 8 horas/dia.

A variável “funcionamento no fim de semana e durante o horário de almoço”, identificou-se que 87,50% das UBS não oferecem atendimento à população nos fins de semana, enquanto que, somente 02 UBS (12,50%), uma do município Barra de São Miguel e outra de Camalaú, oferecem este serviço. Em relação se as unidades oferecem atendimento durante o horário do almoço, 68,75% das UBS não oferecem atendimento nesse horário, confrontando com apenas 31,25% das UBS dos municípios Barra de São Miguel, Camalaú, Caldas Brandão, Pedro Régis e Sertãozinho, que oferecem atendimento durante o horário de almoço.

4.4.2 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica

Este item procurou elencar a variável quantidade de profissionais que compõem a equipe mínima existente na UBS, para saber quantos profissionais estão atuando no momento.

A Tabela 23 mostra de forma geral quantas unidades de saúde tem os profissionais que compõem as equipes mínimas, citados no instrumento de Avaliação Externa PMAQ-AB.

Tabela 23 – Distribuição da frequência dos profissionais existentes nas UBS que compõem a (s) equipe (s) mínima (s) em 2012

Profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe (s) mínima (s)	Nº UBS que apresenta (1)	% UBS que apresenta	Nº UBS que não apresenta	% UBS que não apresenta
Médico	16	100,00	0	0,00
Enfermeiro	16	100,00	0	0,00
Cirurgião-dentista	16	100,00	0	0,00
Técnico de enfermagem	15	93,75	1	6,25
Auxiliar de enfermagem	3	18,75	13	81,25
Técnico de saúde bucal	5	31,25	11	68,75
Auxiliar de saúde bucal	11	68,75	5	31,25
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	16	100,00	0	0,00
Técnico de laboratório	1	6,25	15	93,75
Microscopista	0	0,00	16	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do portal DAB e do documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB 2013.

Nota 1: Resultado considerado no total de 16 unidades de saúde.

Nota 2: A tabela descreve a quantidade de unidades de saúde que apresentam ou não profissionais das equipes mínimas de saúde.

(1) As UBS que apresentam têm entre 01 ou mais profissionais.

De acordo com esses resultados, percebe-se que apenas as categorias médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e cirurgião-dentista estão presentes em 100% das 16 UBS, ou seja, todas as UBS têm 01 médico, 01 cirurgião-dentista e 01 enfermeiro. Esta informação contrasta com a apresentada anteriormente de que 04 unidades de saúde da amostra não disponibilizam consultas médicas e 03 não oferecem consultas odontológicas, indicando situações em que há médicos e dentistas lotados nas UBS, mas que não fazem consultas.

Quanto aos ACS, a quantidade é diferente de unidade para unidade variando entre 4 a 10 agentes. Dessa maneira, a distribuição fica da seguinte forma: 01 UBS de Camalaú tem 01 ACS; 01 UBS em Nazarezinho, 01 em Caldas Brandão, 01 em Sertãozinho, 01 em Pedro Régis e 01 em Capim apresentam 4 ACS cada; 01 UBS de Desterro, 01 de Nazarezinho e 01 de Barra de São Miguel têm cada uma 6 ACS; 01 UBS de Desterro e 01 de Camalaú têm cada uma 07 ACS; 01 UBS de Capim, Caldas Brandão e Barra de São Miguel apresentam 9 ACS; enquanto que, 01 UBS em Sertãozinho e 01 em Pedro Régis, respectivamente, apresenta 8 e 10 ACS.

De forma negativa, 100% das unidades de saúde dizem que não existe microscopista na equipe de saúde; 93,75% das unidades de saúde apresentam a ausência de técnico de laboratório; 81,25% não apresenta auxiliar de enfermagem, e 68,75% das unidades de saúde não têm técnico de saúde bucal. Para maiores detalhes, a quantidade de profissionais está descrita no APÊNDICE C.

5 DISCUSSÕES DOS DADOS

Segundo Rocha et al. (2012, p. 76) as equipes de saúde “estão capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade”. Contudo é preciso ter a disponibilidade de recursos materiais, insumos, equipamentos, etc., que possibilitem a realização das atividades dos profissionais de saúde para cumprir com o papel da resolutividade de problemas e poder oferecer os atendimentos de serviços adequados.

Sobre essa ótica, os principais resultados, conforme os microdados da Avaliação Externa do PMAQ-AB 1º Ciclo 2012, apontaram tanto ausências como presenças de deficiências e potencialidades nas condições estruturais de funcionamento em mais de 50% das instalações das UBS dos municípios paraibanos de pequeno porte I selecionados, mostrando que apesar das semelhanças, estes são diferentes, mesmo que o IDHM de ambos seja considerado “baixo”, exceto o município Nazarezinho que teve o IDHM “médio”.

No tocante a existência de espaços físicos, foi identificado a ausência de alguns ambientes importantes na maioria das UBS, como: sala de acolhimento, curativo, estocagem de medicamentos, esterilização, descontaminação, procedimento, nebulização, observação e reunião; expurgo; local para depósito de lixo e, principalmente, banheiros adaptados para pessoas com deficiência. Ambientes estes, preconizados pelo Ministério da Saúde em seu *Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (2006)* que prescreve que nas unidades de saúde tem que ter pelo menos 01 unidade de ambientes. Os outros tipos de ambientes, como farmácia, estão presentes em mais de 50% das unidades de saúde, mesmo com essa proporção, questiona-se porque as demais unidades estão desprovidas?

As UBS dos municípios de Desterro e Nazarezinho, localizados na mesorregião Sertão Paraibano, apresentam menos de 50% de 1 a 3 ambientes físicos em sua infraestrutura, com destaque para 01 UBS de Desterro que tem 28,57% dos ambientes. Já, Camalaú, na Borborema, das 02 UBS, tem apenas 01 que apresenta mais de 50% de 1 a 3 ambientes. A mesma situação enquadra-se no município Barra de São Miguel, também localizado na Borborema, em Caldas Brandão, do Agreste Paraibano e em Capim, da Zona da Mata Paraibana. Exceção, para as duas UBS de Sertãozinho, do Agreste Paraibano e para as duas UBS de Pedro Régis, da Zona da Mata Paraibana, que positivamente, apresentam mais de 50% de 1 a 3 ambientes físicos, tendo 01 UBS de Pedro Régis com 76,19%. A Zona da Mata Paraibana e Sertão Paraibano apresentam UBS, respectivamente, mais e menos aparelhadas com ambientes.

Os resultados parecidos foram encontrados no estudo de Moura et al. (2010) e Rocha et al. (2012), os quais evidenciaram a ausência de expurgo e sala de reuniões nas unidades de saúde. Rocha et al. (2012) aponta também a ausência de consultórios odontológicos. E tudo isto implica dizer que uma estrutura física pode ser identificada como fator influenciador das condições de trabalho (MOURA, et al., 2010). Por exemplo, a falta de sala de reunião dificulta a realização de atividades e a articulação das ações pelos profissionais de saúde; já a ausência de sala de esterilização e expurgo deixa os materiais não contaminados em contato com os contaminados, interferindo na manutenção da biossegurança (ROCHA et al., 2012). Segundo Rocha et al. (2012), essas condições são oriundas de problemas de inadequação e manutenção das unidades e sistema local de saúde, impactando negativamente na realização de atividades essenciais para a atenção à saúde, favorecendo a desumanização do trabalho e da atenção.

Quando o assunto é acessibilidade para pessoas com necessidades especiais, cadeirantes e idosos é detectado deficiência nas unidades de saúde, com mais de 50% não sendo acessíveis na área externa e mais de 60% não sendo acessíveis na área interna, registrando que algumas UBS não possuem calçada externa em boas condições, tapete, piso antiderrapante e liso, barras de apoio, portas adaptadas para cadeiras de rodas, entre outros. O mais alarmante é que em todas as UBS (100%) falta acessibilidade à usuários que não sabem lê e com deficiência visual e/ou auditiva, devido à falta de Braille e sinalização de serviços e ambientes por meio de textos, desenhos e cores.

A representatividade da falta de acessibilidade, mostra que os municípios paraibanos selecionados precisam investir cada vez mais na humanização dos serviços para oferecê-los a todos os cidadãos, sem exclusão. No município Desterro a acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos ainda continua ausente em mais de 70% das UBS; para se ter noção, uma delas é totalmente não acessível (100%). Em Nazarezinho, as suas UBS não são acessíveis mais de 50% a pessoas com deficiência e idosos, a qual, uma de suas UBS é 87,50% não acessível. Em Camalaú, as UBS são mais de 50% não acessíveis. Já em Barra de São Miguel todas as UBS não são 100% acessíveis. Em Caldas Brandão, 01 UBS é 75% não acessível e a outra 100% acessível aos usuários. Sertãozinho e Pedro Régis, apresentam 01 UBS 75% não acessível e a outra 75% acessível aos usuários. Enquanto que, em Capim, se tem 01 UBS 50% não acessível e a outra 75% acessível.

Moura et al. (2010) aponta em seu trabalho a ocorrência de limitação do acesso a idosos e portadores de necessidades especiais registrada pela ausência de rampa de acesso e sanitário adaptado na grande maioria das unidades de saúde estudadas. Da mesma forma, a questão da

acessibilidade também foi fator discutido no trabalho de Rocha et al. (2012), onde o mesmo autor diz que:

o mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física, seja ele portador de deficiência física ou idoso, demonstrou uma realidade alarmante, visto que a grande maioria das unidades pesquisadas demonstrou-se estruturalmente inadequadas [...] Considerando que estamos em um período de mudanças na pirâmide demográfica brasileira, com aumento da população idosa (acima dos 60 anos) e consequente aumento de doenças crônicas neste grupo etário, a garantia de acesso com menos dificuldades quanto às barreiras impostas, hoje, são de fato muito necessárias. (ROCHA et al., 2012, p. 76).

O Decreto nº 3.298/99 em seu artigo 2º, diz que “cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive direitos à saúde”, garantindo atendimento às pessoas portadoras de deficiência. Siqueira et al. (2009) argumenta que a AB deve estar preparada para atender a essa demanda que buscam assistência à saúde nas UBS, direito descrito na Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, contudo, na prática há muitas dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas e adaptadas aos portadores de deficiência, mesmo as mais recentes apresentando condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas.

Sobre outro ponto essencial para o funcionamento das UBS, mais de 50% das mesmas estão com boas condições estruturais e de ambiência, apresentando ambientes com janelas ou exaustores para circulação de ar; ambientes claros para economia de energia; consultórios com privacidade; pisos, tetos e paredes com superfícies laváveis; e UBS que evita ruídos externos

Ainda sobre as características estruturais e ambiência, as redes hidráulicas, sanitárias e elétricas, tipos de ambiência, também presentes nas UBS, estão em boas condições, isso significa que mais de 60% das unidades estão longes de problemas envolvendo mal cheiro de esgoto; vasos sanitários entupidos, interditados e com vazamentos; torneiras pingando e sem água; presença de mofos próximo as pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas; fios soltos e expostos.

Nos municípios Desterro, Camalaú, Barra de São Miguel, Caldas Brandão, Sertãozinho, Pedro Régis e Capim, todas as UBS apresentam boas condições no tocante as características estruturais e ambiência, com mais de 55% das redes hidráulica, elétrica e sanitária longe de problemas de vazamento, entupimento, fios desencapados, etc. Contudo, destes, apenas Camalaú e Barra de São Miguel apresentam as duas UBS 100% longe de problemas nas redes hidráulica, elétrica e sanitária. Caldas Brandão, Sertãozinho, Pedro Régis e Capim apresentam cada um, 01 UBS 100% longe de problemas. Enquanto que, Nazarezinho só tem 01 UBS que

apresenta boas características estruturais e ambiência, com mais de 50% das redes hidráulica, elétrica e sanitária longe de problemas.

Segundo Rocha et al. (2012) a ambiência de uma UBS é o espaço arquitetônico capaz de proporcionar uma atenção acolhedora e humanizada, para trabalhadores, profissionais de saúde e usuários, onde os serviços são marcados por tecnologias e componentes estéticos identificados ao olhar, cheirar e ouvir, como por exemplo, a luminosidade e os ruídos.

Quanto aos equipamentos e materiais, apresentou-se que mais de 50% das UBS estão encontradas e munidas com determinados equipamentos utilizados para Atenção Básica para que as equipes desenvolvam atividades na prestação de serviços à população que procuram atendimento com qualidade. Tais equipamentos são aparelho de pressão adulto e de nebulização, autoclave, balança antropométrica 150 kg e infantil, régua antropométrica, estetoscópio adulto, foco de luz para exame ginecológico, geladeira exclusiva para vacina, glicosímetro, termômetro clínico, dentre outros apontados pelo PMAQ.

Uns dos equipamentos, aos quais, menos de 40% das UBS possuem são: ar condicionado para farmácia (ausente em todas as unidades de saúde) e microscópio (presente em apenas 02 UBS). Mesmo que a totalidade das UBS estejam providas desses equipamentos é necessário investigar porque nas outras unidades de saúde está faltando equipamentos tão importantes para que se possa colocar uma política de boa gestão do setor saúde pública.

Nos municípios de Desterro as UBS não possuem mais de 50% de equipamentos e materiais de Atenção Básica. Já, 01 UBS dos municípios Camalaú, Barra de São Miguel e Pedro Régis estão com poucos equipamentos e materiais de AB, não possuindo 50% dos equipamentos. As demais UBS dos municípios possuem mais de 50% até 70% dos equipamentos. Ficando a maior representatividade para 01 UBS de Barra de São Miguel, com 65,52% dos equipamentos.

Segundo Moura et al. (2010) em seu estudo identificou a insuficiência de recursos materiais que acabam interferindo na manutenção das ações dos profissionais de saúde e das condições estruturais adequadas ao atendimento e ao trabalho. Exemplificando, a falta de geladeira exclusiva para vacina e de autoclave implica na manutenção da biossegurança.

Outro fator é a disponibilidade de insumos nas UBS, onde constatou-se que mais de 60% das unidades sempre apresentam agulhas descartáveis de diversos tamanhos, ataduras, caixas térmicas para vacinas, fita métrica, EPI (luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas), gazes, tiras reagentes de medida de glicemia e seringas. Gazes estão presentes em todas as UBS (100%). Nesse caso, isso não quer dizer que os gestores têm que parar de investir nestes

insumos, pois são materiais de consumo de curta duração, que requer sempre uma atenção redobrada por aqueles que fazem o controle de estoque hospitalar.

Assim, é fundamental realizar o inventário do estoque em um período fixo para que estes insumos e outros importantes, possam estar sempre presentes e em quantidade significativas e suficientes, bem como disponíveis as equipes de saúde para a realização de exames e curativos, e até mesmo mantendo a biossegurança necessária expressa no uso de EPI.

Analisou-se que todas as UBS dos municípios selecionados tem disponibilidade de mais de 60% dos insumos. Destes municípios, os municípios de Caldas Brandão, Nazarezinho e Camalaú tiveram a melhor disponibilidade de insumos, pois suas unidades foram encontradas lotadas com 100% e 87,50% dos insumos. Os municípios Pedro Régis e Sertãozinho tiveram 01 UBS 100% dotadas de insumos. Os municípios de Barra de São Miguel e Capim apresentaram 01 UBS com 75 % dos insumos, todavia, Pedro Régis, Capim e Desterro apresentaram 01 unidade de saúde provida com 75% dos insumos citados.

Quanto aos equipamentos sobre tecnologias da informação mais de 60% das UBS não apresentam computador, câmera, caixa de som, estabilizador, microfone, impressora, televisão, acesso à *internet*, telessaúde e computador conectado à *internet* nos consultórios. Isso se torna um problema, pois equipamentos como estes ajudam na realização das atividades, além de contribuírem para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde.

Por exemplo, sem *internet* não tem como participar no telessaúde e os profissionais de saúde não tem como acessar ferramentas para buscar informações sobre saúde, bem como acessar sistemas que hoje em dia ajudam na identificação de problemas que parecem a vista de muitos inexistentes ou impercebíveis; na tomada de decisão, comunicação interna, dentre outros fatores importantes. O SIAB é um exemplo prático, pois segundo Rotta e Andrade (2004, p. 175) “o uso de Tecnologias de Informação tornou-se essencial nos serviços de saúde”.

Estimula-se que na Atenção Básica existam estratégias para a informatização e a conectividade das UBS, garantindo computadores nos consultórios, na sala de procedimentos, na sala de vacina, na sala de acolhimento, na recepção e outros ambientes identificados como necessários. Possuir acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet possibilita a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde, facilitando os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Além disso, viabiliza a participação das equipes no Telessaúde, para a troca de experiências, a integração entre os serviços e o aumento da resolutividade da AB (BRASIL, 2015 b, p. 333).

Todas as unidades de saúde estão não estão dotadas mais de 80% a 90% de equipamentos de tecnologia. Excetuando, os municípios Nazarezinho, Sertãozinho e Barra de

São Miguel que são as únicas dotadas, respectivamente, com 40% e 60% dos equipamentos mencionados nesta pesquisa.

Em relação a distribuição dos testes rápidos de diagnóstico nas UBS, os resultados mostraram que mais de 80% das UBS nunca disponibilizam testes rápidos de sífilis, de gravidez, HIV e pesquisa plasmódio, importantes para que as pessoas possam detectar precocemente tais eventualidades para prevenir e, em caso de suspeita, tratar a doença. Destas apenas 02 UBS de Camalaú e Pedro Régis sempre disponibilizam teste de HIV, 01 UBS de Pedro Régis sempre disponibiliza teste de sífilis e 01 UBS de Barra de São Miguel as vezes disponibiliza teste de HIV. Assim, Camalaú representa 25% que sempre disponibiliza, Pedro Régis representa 50% que disponibiliza os testes e Barra de São Miguel 25%. As demais UBS de todos os municípios nunca disponibilizam (100%) de testes.

Os imunobiológicos evidenciados neste trabalho trazem o conceito de imunização que é a prevenção de doenças. Então, se existe imunobiológicos nas unidades de saúde, a garantia destes a população aumenta a qualidade de vida das pessoas, uma vez que, elas imunizadas antecipadamente evitam agravos posteriores.

Com base nesse contexto, ressalta que mais de 50% a 60% das unidades de saúde sempre disponibilizam os imunobiológicos dupla tipo adulto – Dt, influenza sazonal, hepatite B, meningocócica C, poliomielite, tríplice viral, tríplice bacteriana, tetravalente e vacina oral de rotovírus humano. O imunobiológico BCG-ID está sempre disponível em apenas 04 UBS. Rocha (2012) encontrou em seu trabalho que as unidades mesmo contando com os imunobiológicos apresentam ausência considerável da vacina BCG.

O restante dos imunobiológicos traçados nesta pesquisa as vezes ou nunca estão disponibilizados nas unidades de saúde. A quase totalidade dos municípios apresentou mais de 70% sempre disponível de imunobiológicos, com exceção para as 02 UBS de Desterro, 01 de Camalaú e 01 de Sertãozinho que nunca disponibilizam. Podemos evidenciar que essas circunstâncias não é uma barreira para o alcance da cobertura vacinal.

O documento *Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica Rede Cegonha* do MS diz que a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na AB, é um conjunto de estratégias que visam a ampliação do acesso da população brasileira, priorizando as gestantes ao diagnóstico dessas infecções, deixando bem claro que, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade aos portadores é preciso ter uma rede organizada de assistência entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS. Segundo o Portal do DAB, O MS recomenda às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que ofereçam testes de sífilis e HIV nas UBS para facilitar o acesso ao diagnóstico

Quanto ao horário de funcionamento, todas as UBS dos municípios funcionam no horário da manhã e da tarde. Apenas 01 unidade de Sertãozinho não funciona a tarde, enquanto, 01 UBS de Camalaú funciona tanto pela manhã e à tarde como a noite. Durante esse horário de funcionamento mais de 70% das unidades de saúde oferecem serviços de consultas médicas, de enfermagem, odontológicos, dispensação de medicamentos, recepção, realização de curativos e vacinação. Os serviços de acolhimento são oferecidos em apenas 37,5% das UBS.

Todos os municípios apresentam suas UBS que dispõem dos serviços mencionados neste trabalho. Só que 01 UBS de Camalaú, Barra de São Miguel, Caldas Brandão, Sertãozinho e as 02 de Capim são as melhores, pois oferecem (100%) de todos os serviços durante o horário de funcionamento.

Para que existam UBS funcionando conforme horário, é essencial que existam profissionais atuando. Assim, a questão da frequência de profissionais existentes nas unidades de saúde que compõem as equipes mínimas, observou-se que médico (1 em cada unidade), enfermeiro (1 em cada unidade), cirurgião-dentista (1 em cada unidade), e agentes comunitários de saúde estavam presentes em todas as unidades (100%). Os demais profissionais aparecem em algumas UBS e em outras não.

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1997).

Contudo, só alguns profissionais existentes são importante? Por isso é preciso rever essa questão e investir nas UBS de todos os municípios, pois, cada equipe está incompleta, faltando mais profissionais como: auxiliar de enfermagem, técnico bucal, técnico de laboratório e, principalmente, microscopista (ausente em todas as unidades). E fora isso, as unidades de saúde não têm a mesma quantidade de agentes comunitários variando entre 4 a 10 agentes presentes nas unidades de saúde, vale se questionar: porque isso acontece se todos os municípios em estudos têm quase a mesma quantidade de habitantes?

Os dados, neste trabalho, representam que há muito o que ser feito para melhorar a qualidade do cenário da saúde. Sei que para melhorar requer investimentos altíssimos, mas é preciso identificar os problemas e priorizar os que requer caráter de urgência para assim garantir

a resolutividade da saúde da população. Por isso, que programas de avaliação da qualidade são relevantes e essenciais para a tomada de decisão, para o planejamento, para a construção de políticas públicas, dentre outros fatores que exigem o que chamamos de uma gestão voltada para resultados, já que os programas e políticas de avaliação trazem a real situação de determinada circunstância, para que se possa resolver os problemas e manter o controle e monitoramento da casa pública.

Mesmo com a identificação dos problemas, é necessário priorizá-los, e ver qual local está requerendo mais atenção e urgência. Neste trabalho os problemas prioritários foram: a ausência de acessibilidade a pessoas com necessidades especiais, cadeirantes e idosos, ambientes físicos, equipamentos de tecnologia da informação, testes de diagnóstico e a falta de alguns profissionais na equipe mínima da Atenção Básica, de alguns equipamentos da Atenção Básica e de alguns imunobiológicos.

Os municípios que apresentaram as suas unidades bem estruturadas foram Camalaú, Caldas Brandão, Sertãozinho, Pedro Régis e Capim. Os que não apresentaram as suas unidades de saúde bem estruturadas foram Desterro e Nazarezinho, sendo os municípios, aos quais os gestores têm que ter mais atenção.

As unidades 02576 do município de Camalaú, 02525 do município de Barra de São Miguel, 21903 de Caldas Brandão e 02950 de Pedro Régis são as unidades que apresentaram boa estruturação em relação a mais de 60% das variáveis estudadas neste trabalho. Mesmo com este resultado, nem todas as UBS dos municípios apresentaram em sua totalidade 100% de boa estruturação, mostrando que é necessário atendê-las conforme as necessidades mais urgentes.

Assim, como o próprio programa ressalta no documento *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade PMAQ-AB*, dizendo que espera: “contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira (BRASIL, 2012 d)”, o presente trabalho também teve a intenção de mostrar e analisar como estão as unidades de saúde em municípios pequenos da Paraíba, tendo como referências alguns municípios selecionados.

Esperamos ter demonstrado que a análise do PMAQ permite mostrar que essas informações podem ser utilizadas para traçar um diagnóstico mais preciso da qualidade dos serviços de saúde local, regional e estadual de saúde, além do nacional, coordenado pelo Ministério da Saúde. Se bem utilizados, tipos de diagnósticos comparativos como o apresentado aqui podem servir de referência para a formulação e implementação de políticas públicas e programas, assim como para ampliar a qualificação e a melhoria dos serviços e acesso a saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços e mudanças ocorridas no setor saúde ao longo do tempo vem maximizando transformações significativas quanto ao acesso de serviços à população brasileira. Uma das mudanças ocorridas foi a implantação e retomada da Atenção Básica como enfoque de garantia desse acesso ofertado pelo Sistema Único de Saúde, e posteriormente, pelos programas implementados como o Programa Saúde da Família, em estabelecimentos instalados próximos de onde as pessoas vivem, as Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, a Atenção Básica se tornou a porta principal para resolutividade de problemas prioritários de nível primário.

Para que o Ministério da Saúde deva cumprir com o papel da resolutividade e da oferta de acesso, o foco na avaliação da qualidade e na melhoria desse setor, principalmente, da AB está a cada dia sendo um dos desafios mais evidenciados para os gestores públicos. Com isso, os esforços para avaliar a qualidade dos serviços prestados e a qualidade da atenção à saúde vêm se concretizando ao passo que os usuários, profissionais de saúde e outros atores almejam um cenário de saúde mais adequado, humanizado e digno, longe de problemas. Dessa maneira, surge o Programa Nacional da Melhoria e do Acesso da Qualidade da Atenção Básica que enfatiza a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde em diversos pontos relevantes que vão desde ao atendimento como a dotação de infraestrutura, etc.

Ao término deste estudo, foi possível traçar os condicionantes de funcionalidade relacionadas à estrutura das unidades de saúde envolvida na Atenção Básica à saúde dos 08 municípios paraibanos de pequeno porte I com população de até 20 mil habitantes. Os dados encontrados apontaram a necessidade de adequar a estruturação de algumas UBS dos municípios que aparentemente são semelhantes – quanto à mesma quantidade de UBS, tipo populacional e a aproximada quantidade de habitantes –, mas divergentes ao mesmo tempo, diagnosticando e descrevendo deficiências que dificultam a realização do trabalho das equipes de saúde e repercute no processo de trabalho, prejudicando a qualidade dos serviços ofertados à população. Deficiências quanto a ausência de recursos humanos, de alguns materiais e equipamentos da Atenção Básica, de equipamentos de tecnologia, acessibilidade, ambientes físicos, fatores que merecem atenção pelos gestores. Contudo, também foi diagnosticado pontos positivos na estruturação de algumas unidades de saúde como boas características e ambiência, disponibilidade de equipamentos da Atenção Básica, horário de funcionamento e serviços

disponibilizados durante o horário de funcionamento. E tudo isso com base na leitura e análise dos documentos do PMAQ-AB e do banco de dados do Departamento de Atenção Básica.

Outro fator que este trabalho aponta é que as condições estruturais, físicas e de funcionalidade das unidades de saúde são desafios enfrentados pelos gestores, pois a deficiência quanto a esses desafios impactam na qualidade dos serviços, já que unidades sem boas condições não favorecem bons atendimentos e nem formas acolhedoras humanizadas aos usuários e nem boas condições de trabalho aos trabalhadores e profissionais de saúde.

De modo geral, este trabalho traz uma síntese do que é necessário para o funcionamento das unidades, enfatizando que todos os condicionantes aqui estudados estavam presentes e ausentes em algumas unidades. As ausências encontradas mostram que a gestão das unidades de saúde precisam de mais recursos, dedicação e foco na resolução de problemas, mostrando que é preciso priorizá-los para melhoria e qualidade dos serviços de saúde, pois todos tem o direito ao acesso universal e integral a uma saúde mais acolhedora e humanizada. O que vale ter um número grande de unidades de saúde, se não tem a estrutura de funcionamento adequada! Isso não quer dizer que se deseja uma estrutura de determinada unidade de saúde perfeita, mas sim, que a unidade possa apresentar um espaço que atenda às necessidades organizativas, assistenciais e da comunidade. A presença não quer dizer se está bom, mas sim que tem que melhorar sempre, pois vale salientar que muitas unidades estão precisando de atenção.

A constatação efetuada por este trabalho de que há municípios com melhores desempenhos na prestação de serviços básicos de saúde, revela positivamente que sim, é possível realizar avanços, mesmo em condições adversas. Contudo, somente estudos posteriores podem proporcionar o conhecimento de outros elementos que permitam compreender e explicar os fatores que viabilizam ou impedem este melhor desempenho.

Este estudo revela também oportunidades para que as secretarias municipais e estadual de saúde da Paraíba e os conselhos municipais e estaduais trabalhem coordenadamente com o objetivo de construir um plano de melhoria da qualidade do atendimento das UBS – para os municípios, para a região e para o estado. Esta questão revela uma oportunidade para o Ministério da Saúde apoiar o desenvolvimento de uma metodologia de planejamento estratégico para que as UBS em escala regional, municipal e estadual consigam construir planos para a melhoria da qualidade, pois programas de avaliação da qualidade, de monitoramento e controle são essenciais para conhecer a realidade local, tomar decisões, traçar planejamentos e criar estratégias de melhoramentos e aperfeiçoamento, assim como criar políticas públicas de saúde.

Este trabalho também destina-se aos leitores e cidadãos a conhecerem a realidade em que se vive, pois torna-se um meio de avaliação, uma vez que transformou dados secundários

em informações relevantes para que as pessoas possam ver o quão é necessário participar para melhorar a “casa pública”.

Afinal, por onde começar? Fortalecendo as equipes? A infraestrutura? Os equipamentos? Dotando de testes e de serviços de diagnóstico? Concentrando esforços em proporcionar acessibilidade interna e externa? Todas essas prioridades podem ser planejadas, implementadas e monitoradas ao longo dos anos. Trata-se de um grande desafio para o qual este trabalho espera ter apresentado contribuições.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. de. **A implantação do PMAQ: em busca da qualidade nos serviços da Atenção Básica do município de Pompéu-MG**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas: Pompéu, Minas Gerais, 2013. 32 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003. 244 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opinioao_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 1º ed., v. 12, 2007 a. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. 528 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro12a.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, CONASS, 1º ed., v. 1, 2007 b. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. 291 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 67/2010, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94**. 34 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmaras, 2011. 103 p.

_____. **Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 123 p. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**:

AMAQ /Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 e. 134 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dicionário das Variáveis 1º Ciclo. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: MS, 2013 c. 118 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq/Documentos/DICIONARIO_DAS_VARIAVEIS.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012 d. 138 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 92 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil – 2012**. n. 2. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 a. v 1. 371 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil – 2012**. n. 2. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 b. v 2. 587 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Certificação das Equipes de Atenção**

Básica Participantes do PMAQ. Brasília, 23 de setembro de 2013 b. 89 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 28 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para Avaliação Externa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012 c. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal da Saúde. Histórico do Ministério da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal da Saúde. O Ministério. Histórico. Do sanitário à municipalização.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Banco de dados do PMAQ 1º Ciclo. Microdados da avaliação externa.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo>. Disponível em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica. PMAQ. Requalifica UBS. Unidades Básicas de Saúde.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica. PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Rede cegonha. Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php?conteudo=teste_rapido_balancas>. Acesso em: 12 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990. 10 p. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS da PNAS/2004**. Brasília, 2005. 175 p. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

_____. Ministério do Planejamento. **Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 28 maio 2015.

_____. **Notas Técnicas. Avaliação Externa do PMAQ 1º CICLO – 2011/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 4 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_1ciclo11_12.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2015.

_____. Pense SUS. FIOCRUZ. **Reforma Sanitária**. Disponível: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

SAÚDE E CIDADANIA (SITE). **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Livro 03. s. d. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CAMPOS, M. C. K. de S.; FILHO, H. de S. R. (Trabalho de Conclusão de Curso). **Experiência da Política Pública de Inclusão da Pediatria no PSF no município de Natal (RN): Avaliação de Política Pública Municipal: Saúde**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2014, 21 p.

CASTRO, I. D. Avaliação Externa do PMAQ na Paraíba: um relato de experiência apud PROTASIO, A. P. L., et al. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Saúde Debate. Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 209 – 220, out 2014.

CHIMARA, M. B.; SILVA, E. **Management health system of the city of são paulo based on assessment standards of pmaq-ab: an case study on region of cidade Tiradentes**. 11th International Conference on Information Systems and Technology Management – CONTECSI May, 28 to 30, 2014. São Paulo, Brazil. p. 3188 – 3204. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/envio/contecsi/index.php/contecsi/11contecsi/paper/viewFile/925/322>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **8º Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Relatório Final**. e.2. Brasil, 1986. 21 p.

CRUZ, M. M. da; SANTOS, E. M. dos. **Avaliação de Saúde na Atenção Básica: perspectiva teóricas e desafios metodológicos**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267 – 282

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. de M. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários**. Revista Pró-univerSUS, Vassouras, v.1, n.1, p. 11 – 26, jul./dez/, 2010.

ELIAS, P. E. **Sistemas de saúde**. Disciplina de atenção primária à saúde I – MSP 0670/2011. [s. l.], 2011. 8 p. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO (IDHMB). Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População dos municípios paraibanos segundo o Censo 2010**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Microdados**. Disponível em: <<http://migre.me/s9bkx>>. Acesso em: 13 maio 2015.

LUNARDI, V. L. **Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos** (Artigo publicado). R. gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.20, n.1, p. 26 – 40, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229..>>. Acesso em: 28 maio 2015.

MALIK, A. M. SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. Para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. 232 p. Série Saúde e Cidadania. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume03.pdf>. Acesso em 23 jun. 2015.

MARQUES, L. dos S. **A saúde pública e o direito constitucional brasileiro**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 59, nov 2008. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643>. Acesso em: 28 maio 2015.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. dos. **Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. [s. l.], [s. d.]. 29 p. Disponível em: <<http://migre.me/s9hsD>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MOURA, B. L. A. et al. **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1). p. 69 – 81, nov. 2010. Disponível em: <<http://migre.me/s9huz>>. Acesso em: 10 maio 2015.

NASCIMENTO, A. P. da S.; SANTOS, L. de F.; CARNUT, L. **Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações.** Data da Submissão: 05/07/2011. Data do Aceite: 05/08/2011. J Manag Prim Health Care 2011; 2(1). p. 18 – 24.

OLIVEIRA, S. F. D. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida.** João Pessoa, 2006. 174 p. Disponível em: <<http://goo.gl/NOJhVD>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. **Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1). Jan, 2011, p. 35 – 45.

PINTO, Hêider Aurélio. SOUSA, Allan. FLORENCIO, Alexandre Ramos. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** [2012 ou 2013]. 19 p. Disponível em: <<http://migre.me/s9hoA>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Publicado Online 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. p. 11 – 31. Disponível em: <<http://migre.me/s9hg4>>. Acesso em: 17 de maio 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. **Atlas Brasil 2013. IDHM dos municípios paraibanos PNUD 2010.** Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 22 maio 2015.

PROTASIO, A. P. L., et al. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.** Saúde Debate. Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 209 – 220, out 2014.

PROTASIO, A. P. L. **Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º Ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.** 2014. 105 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

REIS, E. J. F. B. dos et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública [online]. 1990, vol.6, n.1, p. 50 – 61. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jun. 2015.

ROCHA BARBOSA, M. **Análise do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte.** 2014. 175 p. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, CCEN, Universidade Federal da Paraíba, 2014.

ROCHA et al. **Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo** (Artigo). RAS. Vol. 14, Nº 54. Abril-Junho, 2012. p. 71 – 79.

ROTTA, L.A; ANDRADE, L. O. M. de. **A estratégia saúde da família e as tecnologias de informação: o seu uso entre médicos e enfermeiros na atenção básica em sobral/CE.** Sanare, ano v, n.1, jan./fev./mar. 2004. p. 175 – 185.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e Vantagens.** Artigo publicado Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 16 out 2015.

SAVASSI, L. C. M. **Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária.** Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23), p. 69 – 74.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, Junho 2009: p. 65 – 82.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. da. **Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.11, p. 4315 – 4326. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SIQUEIRA, F.C.V. et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14 (1). p. 39 – 44

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1). p. 1325 – 1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002>. Acesso em: 24 maio 2015.

SOUZA, R. R. de (Secretário de Assistência à Saúde). **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Seminário Internacional. 11 a 14 de agosto de 2002. Ministério da Saúde. Brasil, São Paulo, 2002. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 27 maio 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002 apud PROTASIO, A. P. L. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º Ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 2014. 105 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. 10 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 21 fev.2015.

APÊNDICE A – Quantidade de ambientes nas UBS em 2012

Qtd. de ambientes	Código da Unidade Básica de Saúde															
	2674	2675	21518	2576	21903	2575	2525	2949	2950	2645	2577	2646	3040	32211	2882	2883
Banheiros para funcionários	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
Consultório Clínico	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	2
Consultório Odontológico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Recepção	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
Sala de Acolhimento	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sala de Curativo	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Farmácia	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
Sala de Espera	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Sala de Estocagem de Medicamentos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Sala de procedimento	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1
Sala de nebulização	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
Sala de vacina	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
Sala de Observação	0	1	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Sala de reunião e atividades educativas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sanitário para usuário masculino	0	1	0	2	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1
Sanitário para usuário feminino	2	1	0	2	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1
Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Expurgo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Local para depósito de lixo comum	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do Portal do Departamento da Atenção Básica.

APÊNDICE B – Quantidade de equipamentos e materiais da AB nas UBS em 2012

Equipamentos e materiais	Código da Unidade Básica de Saúde															
	2674	2675	21518	2576	21903	2575	2525	2949	2950	2645	2577	2646	3040	32211	2882	2883
Antropômetro	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Aparelho de pressão adulto	1	2	1	4	1	2	2	2	2	1	2	2	4	2	8	2
Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	0	0
Aparelho de nebulização	1	1	1	5	2	1	1	1	1	2	1	4	2	2	0	1
Ar-condicionado farmácia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ar-condicionado para sala de vacina	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
Autoclave	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1
Balança antropométrica de 150 kg	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
Balança antropométrica de 200 kg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Balança infantil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Régua antropométrica	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0
Estetoscópio adulto	1	3	1	3	1	2	1	1	3	1	2	3	2	2	8	2
Estetoscópio pediátrico ou neonatal	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Foco de luz para exame ginecológico	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Geladeira exclusiva para vacina	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
Geladeira para farmácia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Glicosímetro	0	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1
Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanterna clínica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Mesa para exame ginecológico com perneira	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mesa para exame clínico	0	1	2	12	4	1	4	1	2	2	2	2	4	4	3	1
Oftalmoscópio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otoscópio	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Sonar ou estetoscópio de Pinardo	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	0	1	1	4	1
Microscópio	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Termômetro com cabo extensor ou linear	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	4	0	1	1
Termômetro clínico	1	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	2	2	1	3	1
Termômetro de máxima e mínima	0	0	1	3	1	1	1	0	3	1	0	1	1	0	1	0

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do Portal do Departamento da Atenção Básica.

APÊNDICE C – Quantidade de profissionais das equipes mínimas nas UBS em 2012

Qtd. de profissionais das equipes	Código da Unidade Básica de Saúde															
	2674	2675	2882	2883	2577	2576	21518	2525	21903	2575	3040	32211	2949	2950	2645	2646
Médico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cirurgião-dentista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Técnico de enfermagem	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	3	1	1	3	2	1
Auxiliar de enfermagem	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Técnico de saúde bucal	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Auxiliar de saúde bucal	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
Agente comunitário de saúde	6	7	4	6	1	7	6	9	4	9	8	4	10	4	4	9
Técnico de laboratório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Microscopista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do Portal do Departamento da Atenção Básica.

APÊNDICE D – Quantidade de equipamentos de tecnologia nas UBS em 2012

Equipamentos de tecnologia	Código da Unidade Básica de Saúde															
	2674	2675	21518	2576	21903	2575	2525	2949	2950	2645	2577	2646	3040	32211	2882	2883
Computador. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2
Câmera. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Caixa de som. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Estabilizador. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2
Microfone. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Impressora. Quantos em condições de uso	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Televisão. Quantos em condições de uso	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
A equipe tem acesso à internet	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
A equipe possui telessaúde	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Número de consultório(s) com computador conectado à internet	998	998	998	998	998	0	0	998	998	998	998	998	0	998	1	998

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do banco de dados do Portal do Departamento da Atenção Básica.

Nota: O número 998 quer dizer que determinado material não se aplica na unidade de saúde.

ANEXO A – Itens e suas variáveis da Avaliação Externa PMAQ-AB 1º Ciclo 2012

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde					
Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica					
I.3.5	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	I.3.5.1	Médico	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.2	Enfermeiro	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.3	Cirurgião-dentista	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.4	Técnico de enfermagem	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.5	Auxiliar de enfermagem	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.6	Técnico de saúde bucal	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.7	Auxiliar de saúde bucal	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.8	Agente comunitário de saúde	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.9	Técnico de laboratório	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.3.5.10	Microscopista	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
Acessibilidade na unidade de saúde					
I.5.1	Observar na área externa da entrada na unidade de saúde:	I.5.1.1	A calçada da entrada da Unidade de Saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desnível nem buracos, com facilidade de deslocamento para cadeirantes, pessoas com necessidades especiais e cadeirantes.	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.1.2	Possui tapete	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.1.3	Possui piso antiderrapante	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.1.4	Possui piso regular	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.1.5	Possui piso liso	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.1.6	Possui rampa de acesso	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
I.5.1.7	Possui corrimão	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
I.5.1.8	Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
I.5.2	A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	I.5.2.1	Banheiros adaptados, com vaso mais alto, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.2.2	Barras de apoio	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.2.3	Corrimão	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.2.4	Corredores e portas internos adaptados para cadeira de rodas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.2.5	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.5.2.6	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
I.5.2.7	Bebedouros adaptados	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
I.5.2.8	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		

1.5.3	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	1.5.3.1	Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.5.3.2	Sinalização realizada através de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da Unidade de Saúde e os serviços ofertados	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.5.3.3	Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.5.3.4	Recursos auditivos (sonoro)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
1.5.3.5	Profissionais para acolhimento	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
1.5.3.6	Outro(s)	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
Horário de funcionamento da unidade de saúde					
1.7.2.1	Quais os turnos de atendimento?	1.7.2.1	Manhã	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/ Não respondeu
		1.7.2.2	Tarde	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/ Não respondeu
1.7.2.3	Noite	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não sabe/ Não respondeu		
1.7.3	-	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	-	Quantidade de dias	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
1.7.4	-	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	1	Menos de 8 horas/dia	
			2	8 horas/dia ou mais	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
1.7.6	-	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	1	Sim	
			2	Sim, algumas vezes	
			3	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
1.7.7	-	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
1.7.8	Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	1.7.8.1	Consultas médicas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.7.8.2	Consultas de enfermagem	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.7.8.3	Consultas odontológicas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.7.8.4	Dispensação de medicamentos pela farmácia	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
1.7.8.5	Recepção aos usuários	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
1.7.8.6	Realização de curativos	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
1.7.8.7	Vacinação	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
1.7.8.8	Acolhimento	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
1.7.8.9	Outro(s)	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
Características estruturais e ambiência da unidade de saúde					
1.8.1	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:	1.8.1.1	Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.1.2	Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.1.3	Os pisos, paredes e tetos da Unidade de Saúde são de superfície lisa e laváveis.	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.1.4	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo	1	Sim
2	Não				
999	Não Sabe / Não Respondeu				
1.8.1.5	Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		

1.8.2	Sobre a rede hidráulica, observar a presença de:	1.8.2.1	Moto próximo às pia, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.2.2	Torneiras sem sair água	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.2.3	Torneiras pingando	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.2.4	Vasos sanitários com vazamentos	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
1.8.3	Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	1.8.3.1	Fios expostos, soltos ou desencapados	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.3.2	Tubulação de plástico por fora da parede com fio	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
1.8.4	Sobre a rede sanitária, observar a presença de:	1.8.4.1	Cheiro de esgoto	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.4.2	Vasos sanitários entupidos	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		1.8.4.3	Vasos sanitários interditados	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
Infraestrutura da unidade de saúde					
1.9.1	-	Banheiros para funcionários	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.2	-	Consultório Clínico	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.3	-	Consultório Odontológico	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.4	-	Recepção	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.5	-	Sala de Acolhimento	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.6	-	Sala de Curativo	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.7	-	Farmácia	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.8	-	Sala de Espera. Se não tem sala de espera ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU pular para questão 1.9.10.	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.9	-	Se tem pelo menos uma sala de espera, qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			999	Não se aplica	
1.9.10	-	Sala de Estocagem de Medicamentos	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.11	-	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.12	-	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.13	-	Sala de procedimento	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.14	-	Sala de nebulização	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.15	-	Sala de vacina	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.16	-	Sala de Observação	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.17	-	Sala de reunião e atividades educativas	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.18	-	Sanitário para usuário masculino	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.19	-	Sanitário para usuário feminino	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.20	-	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.21	-	Expurgo	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
1.9.22	-	Local para depósito de lixo comum	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	

Equipamentos e materiais				
L.11.1	-	Antropômetro	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.2	-	Aparelho de pressão adulto	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.3	-	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.4	-	Aparelho de nebulização	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.5	-	Ar-condicionado farmácia	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.6	-	Ar-condicionado para sala de vacina	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.7	-	Autoclave	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.8	-	Balança antropométrica de 150 kg	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.9	-	Balança antropométrica de 200 kg	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.10	-	Balança infantil	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.11	-	Régua antropométrica	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.12	-	Estetoscópio adulto	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.13	-	Estetoscópio pediátrico ou neonatal	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.14	-	Foco de luz para exame ginecológico	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.15	-	Geladeira exclusiva para vacina	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.16	-	Geladeira para farmácia	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.17	-	Glicosímetro	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.18	-	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.19	-	Lanterna clínica	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.20	-	Mesa para exame ginecológico com perneira	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.21	-	Mesa para exame clínico	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.22	-	Oftalmoscópio	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.23	-	Otoscópio	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.24	-	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.25	-	Sonar ou estetoscópio de Pinard	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.26	-	Microscópio	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.27	-	Termômetro com cabo extensor ou linear	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.28	-	Termômetro clínico	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.11.29	-	Termômetro de máxima e mínima	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Insumos para atenção à saúde				
L.12.1	-	Abaixador de língua	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.12.2	-	Aguihas descartáveis de diversos tamanhos	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.12.3	-	Ataduras	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.12.4	-	Caixas térmicas para vacinas	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.12.5	-	Fita métrica	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
L.12.6	-	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu

I.12.7	-	Espécúlo descartável	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.8	-	Equipo de soro macrogotas e microgotas	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.9	-	Escovinha endocervical	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.10	-	Espátula de Ayres	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.11	-	Espandrapo/fita micropore e outras	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.12	-	Fixador de lâmina	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.13	-	Frasco plástico com tampa	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.14	-	Gaze	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.15	-	Lâmina de vidro com lado fosco	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.16	-	Porta-lâmina	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.17	-	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.18	-	Seringas descartáveis de diversos tamanhos	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.19	-	Seringas descartáveis com agulha acoplada	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.12.20	-	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Imunobiológicos na unidade de saúde				
I.15.1		BCG-ID	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.15.2		Dupla tipo adulto – dT	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.15.3		Febre amarela	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.15.4		Influenza sazonal	1	Sempre disponíveis
			2	As vezes disponível
			3	Nunca disponíveis
			999	Não Sabe / Não Respondeu

I.15.5		Hepatite B	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.6		Meningocócica C	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.7		Pneumocócica 23 valente	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.8		Poliomielite	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.9		Pneumocócica 10	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.10		Tríplice viral	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.11		Tríplice bacteriana	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.12		Tetravalente	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.11		Tríplice bacteriana	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.12		Tetravalente	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.15.13		Vacina oral de rotavírus Humano	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
Testes diagnósticos na unidade de saúde			
I.16.1		Teste rápido de sífilis	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.16.2		Teste rápido gravidez	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.16.3		Teste rápido HIV	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.16.4		Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa)	1 Sempre disponíveis 2 As vezes disponível 3 Nunca disponíveis 999 Não Sabe / Não Respondeu
Equipamentos de tecnologia da informação e tele-saúde na unidade de saúde			
I.17.1	-	Computador. Se NÃO ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.2.	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.17.1/1	-	Computador. Quantos em condições de uso?	- Quantos em condições de uso? 999 Não Sabe/ Não Respondeu 998 Não se aplica
I.17.2	-	Câmera. Se NÃO ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.3.	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe / Não Respondeu
I.17.2/1	-	Câmera. Quantos em condições de uso?	- Quantos em condições de uso? 999 Não Sabe/ Não Respondeu 998 Não se aplica
I.17.3	-	Caixa de som. Se NÃO ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.4.	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe / Não Respondeu

I.17.3/1	-	Caixa de som. Quantos em condições de uso?	-	Quantos em condições de uso?
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
I.17.4	-	Estabilizador. Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.5.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.4/1	-	Estabilizador. Quantos em condições de uso?	-	Quantos em condições de uso?
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
I.17.5	-	Microfone. Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.6.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.5/1	-	Microfone. Quantos em condições de uso?	-	Quantos em condições de uso?
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
I.17.6	-	Impressora. Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.7.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.6/1	-	Impressora. Quantos em condições de uso?	-	Quantos em condições de uso?
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
I.17.7	-	Televisão. Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU pular para a questão I.17.8.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.7/1	-	Televisão. Quantos em condições de uso?	-	Quantos em condições de uso?
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
I.17.8	-	A equipe tem acesso à internet?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.9	-	A equipe possui tele-saúde?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.17.10	-	Número de consultório(s) com computador conectado à internet	-	Nº de consultório(s)
			999	Não Sabe / Não Respondeu

Fonte: Documento Dicionário das Variáveis 1º Ciclo PMAQ-AB 2013.